

INTRODUÇÃO

O tema de estudo sobre o qual pretendo investigar está enquadrado nos processos de auto-regulação na adopção e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis na adolescência. Este tema parece apresentar bastante interesse na minha opinião, sendo esse interesse também demonstrado na literatura por vários autores.

Os comportamentos alimentares são bastante influenciados pelos nossos estilos de vida actuais, sendo as problemáticas que daí surgem muito afectadas pelas sociedades modernas. Desta forma, é importante todos os cidadãos adoptarem uma atitude que facilite a aquisição e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis nas gerações mais jovens.

O interesse por este tema surgiu também a partir da experiência de estágio académico realizado no Hospital Dona Estefânia, tendo participado na aplicação de um programa de intervenção dirigido a adolescentes com obesidade. Esta experiência sensibilizou-me cada vez mais para a importância de intervir ao nível das problemáticas relacionadas com os comportamentos alimentares.

O presente estudo é constituído por quatro secções:

- Introdução, onde será feita a contextualização da obesidade e dos distúrbios alimentares, a introdução ao modelo teórico de auto-regulação e a apresentação das questões de investigação;
- Metodologia, em que será feita a apresentação e descrição dos três componentes a serem avaliados neste estudo, nomeadamente os modelos de auto-regulação de apoio à intervenção na área da saúde, os programas de intervenção na obesidade

e nos distúrbios alimentares, e a perspectiva dos técnicos de saúde que trabalham com essas problemáticas relativamente ao que consideram ser mais eficaz;

- Conteúdo, onde será feita a apresentação dos resultados relativamente a cada um dos três componentes e a respectiva análise;
- Conclusão, que inclui os aspectos conclusivos, as limitações do estudo e os aspectos a ter em consideração para as investigações futuras.

1. OBESIDADE E DISTÚRBIOS ALIMENTARES

1.1. Conceptualização da obesidade

Prevalência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir níveis capazes de afectar a saúde. A OMS reconhece que, neste século, a obesidade terá uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas, nos últimos 100 anos. Por tal facto, se não se tomarem medidas adequadas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (Martins & Aguiar, 2005).

A obesidade é uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades.

Em Portugal cerca de 14,4% da população é obesa e 35% tem excesso de peso, entre os 18 e os 65 anos, de acordo com dados da Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade. Se analisarmos a divisão entre homens e mulheres, verificamos que o sexo masculino tem uma ligeira prevalência de excesso de peso, relativamente às

mulheres (50,9% contra 49,1%), bem como de obesidade (57,1% nos homens e 42,9% nas mulheres) (Martins & Aguiar, 2005).

Etiologia

É importante considerar a natureza do fenómeno da obesidade para a sua compreensão. O desenvolvimento e a manutenção da obesidade constitui um problema complexo e multideterminado, envolvendo factores genéticos, biológicos, comportamentais, familiares, culturais, económicos, sociais, ambientais e emocionais que interagem de forma complexa na obesidade (Kirschenbaum, Johnson & Stalonas, 1987).

Estima-se que somente cerca de 5% das situações de obesidade seja de origem endócrina, na medida em que resulta do mau funcionamento de substâncias vitais no equilíbrio fisiológico do organismo, as hormonas. Neste sentido, considera-se que mais do que uma doença, a obesidade é resultante do estilo de vida que as pessoas levam, nomeadamente do sedentarismo, dos maus hábitos alimentares e dos transtornos psíquicos (*stress*, depressão, ansiedade), a par dos factores genéticos (Martins & Aguiar, 2005).

Consequências

A obesidade é, reconhecidamente, um problema de saúde e não somente um problema estético, tais as consequências que determina, concretamente, a redução da esperança de vida e um aumento considerável de situações de comorbilidade. Aliás, a este respeito estudos epidemiológicos efectuados ainda nos finais dos anos 70 deram

conta de que, enquanto a supressão de todas as formas de cancro existentes aumentaria um ano à esperança de vida, a erradicação da obesidade poderia aumentá-la seis anos. De facto, as possíveis complicações resultantes da obesidade e do excesso de peso originam um conjunto de problemas a vários níveis. Entre os problemas físicos pode-se considerar a diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias (alteração dos tipos de gordura circulante no sangue), problemas respiratórios, osteoarticulares, digestivos e cardiovasculares (Martins & Aguiar, 2005).

A hiperinsulinemia é uma das alterações metabólicas resultantes da obesidade, na qual os níveis de insulina aumentam com o aumento da percentagem de gordura corporal e vice-versa.

Nos problemas psíquicos temos a diminuição da auto-estima, depressão, ansiedade e alterações do comportamento alimentar. Como problemas sociais pode considerar-se a discriminação no trabalho e o isolamento social (Martins & Aguiar, 2005).

Obesidade na infância e na adolescência

Um estudo recentemente publicado dá conta de que, entre as crianças, a obesidade é muito preocupante, visto 30% dos adolescentes portugueses terem igualmente excesso de peso, sendo o nosso país um daqueles que apresenta taxas mais elevadas a nível europeu. Um dos factores apontados como causa principal para este fenómeno prende-se com a ausência de actividade física, já que cerca de 60% das raparigas e 40% dos rapazes, de acordo com o mesmo estudo, não praticam qualquer desporto, além do realizado na escola (Martins & Aguiar, 2005). Desta forma, a obesidade infanto-juvenil

é mais evidente nas raparigas do que nos rapazes, uma vez que essas possuem hábitos mais sedentários, enquanto os rapazes mantêm níveis superiores de actividade física.

O grau de instrução dos pais, o acesso mais fácil aos alimentos ricos em gorduras e açúcares simples, as actividades sedentárias e o estilo de urbanização do local de residência influenciam, também, a prevalência da obesidade. Isto indica que, quanto maior for o grau de instrução dos pais, menor será a prevalência de obesidade; quanto mais horas forem gastas a ver televisão e a jogar jogos electrónicos ou de computador, maior será a prevalência de obesidade; e quanto mais urbana for a zona de residência, maior será a prevalência de obesidade (Martins & Aguiar, 2005).

O ganho de peso durante a infância, que muitas vezes é estimulado pelos próprios familiares, nomeadamente avós que gostam de ver os netos anafadinhos, correspondendo aliás ao sentimento popular de que quanto mais forte, menos propenso à doença, é não só prejudicial no presente mas igualmente no futuro. As células adiposas têm dois períodos importantes de crescimento (multiplicam-se e tornam-se maiores), que são concretamente os dois primeiros anos de vida e a puberdade. Isto significa que, se nestes períodos ocorrer um excesso de consumo de gordura, ou pelo menos de calorias, que como veremos se irão transformar em gordura, e se não forem gastas pela actividade normal da criança, ficar-se-á com mais células adiposas e essas células permanecerão para sempre em maior quantidade e dimensão. Também se sabe que na alimentação do bebé, se este for amamentado, existe menos propensão à formação de células adiposas, do que se for utilizado o biberão (Martins & Aguiar, 2005). Uma criança obesa é seis a sete vezes mais provável de se tornar um adulto obeso, quando comparada com uma criança não obesa (Serdula, Ivery, Coates, Freedman, Williamson & Byers citado por Wilfley, Passi, Cooperberg & Stein, 2006).

Talvez tão prejudiciais quanto os efeitos físicos da obesidade na infância, como abordado anteriormente nas consequências da obesidade, são os efeitos psicossociais. Discriminação e preconceito são frequentemente dirigidos às crianças obesas (Dietz; Goldfield & Chrisler; Gortmaker, Must, Perrin, Sobol & Dietz; Hayden-Wade, Stein, Ghaderi, Saelens, Zabinski & Wilfley citado por Wilfley et al., 2006). A discriminação contra as crianças obesas tem sido persistente ao longo do tempo e esta estigmatização tem aumentado nos últimos 40 anos (Latner & Stunkard citado por Wilfley et al., 2006). As crianças obesas são percebidas como sendo menos competentes do que as crianças com peso normal em situações sociais e desportivas (Banis, Varni, Wallander, Korsch, Jay, Adler et al. citado por Wilfley et al., 2006). Várias crianças e adolescentes obesos têm uma baixa qualidade de vida em comparação com os seus pares que têm um peso adequado, nas áreas de funcionamento físico, emocional, social e escolar. Estes níveis de qualidade de vida eram semelhantes aqueles encontrados em crianças e adolescentes diagnosticados com cancro e foram consistentes com o sexo, etnia e estatuto socioeconómico (Schwimmer, Burwinkle & Varni citado por Wilfley et al., 2006). As crianças obesas são também consideradas menos atraentes e têm uma auto-estima mais negativa do que os seus pares sem excesso de peso (Striegel-Moore, Schreiber, Lo, Crawford, Obarzanek & Rodin citado por Wilfley et al., 2006).

1.2. Conceptualização dos distúrbios alimentares

Os distúrbios alimentares são reconhecidos como condições psicológicas que afectam os adolescentes. Estes distúrbios incluem a anorexia nervosa, caracterizada por um peso corporal extremamente baixo; bulimia nervosa, caracterizada por ingestões

alimentares compulsivas seguidas de comportamentos compensatórios; e o distúrbio de ingestão alimentar compulsiva, caracterizado por ingestões alimentares compulsivas sem comportamentos compensatórios. Dados epidemiológicos recentes indicam que as adolescentes são o grupo de maior risco para desenvolver um distúrbio alimentar (Hoek citado por Wilfley et al., 2006). De facto, os distúrbios alimentares são a terceira doença crónica mais comum entre as raparigas dos 15 aos 19 anos de idade (Lucas, Beard, O'Fallon, & Kurland citado por Wilfley et al., 2006). É durante a adolescência que normalmente este tipo de distúrbios surge, e estima-se que aproximadamente 3% das adolescentes tenham todos os critérios para um diagnóstico de um distúrbio alimentar (Becker, Grinspoon, Klibanski, & Herzog citado por Wilfley et al., 2006). Além disso, os jovens diagnosticados com distúrbios alimentares enfrentam várias comorbilidades médicas e psicológicas.

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa tem o seu início, geralmente, no fim da adolescência, e o seu índice de prevalência é aproximadamente de 1-3% (American Psychiatric Association [APA] citado por Wilfley et al., 2006). As complicações médicas podem surgir a partir dos vômitos e do abuso de laxantes, diuréticos e/ou clisteres. Os adolescentes que utilizam estes comportamentos compensatórios por períodos de tempo prolongados podem desenvolver distúrbios electrolitos, hérnias gástricas, irritação e sangramento do estômago e do esófago, síndrome Mallory-Weiss (uma síndrome caracterizada por sangramento do esófago causada por um rasgão da mucosa no esófago como resultado de um vômito enérgico e de um grande esforço), esófago de Barret (crescimento anormal das células de tipo intestinal entre o esófago e o estômago), grandes

deficiências intestinais incluindo distúrbios permanentes da função do cólon, erosão do esmalte dos dentes, aumento da glândula parotídea, hiperamilasemia (excesso da enzima pancreática – amilase – no sangue) e pancreatite aguda (inflamação do pâncreas) (Fisher, Golden, Katzman, Kreipe, Rees, Schebendach et al.; Pomeroy & Mitchell citado por Wilfley et al., 2006).

As condições psicológicas incluem as perturbações de ansiedade (geralmente, a fobia social e a perturbação de ansiedade generalizada), depressão *major* (Bulik citado por Wilfley et al., 2006), a perturbação da personalidade *borderline* e as perturbações de abuso de substâncias (O'Brien & Vincent citado por Wilfley et al., 2006).

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa inicia-se geralmente entre os 14 e os 18 anos, e o índice de prevalência na população em geral ronda os 0.5% (APA cit. por Wilfley et al., 2006). As condições médicas associadas com a anorexia nervosa são normalmente o resultado da fome e da privação alimentar, e nos casos mais severos a anorexia nervosa pode levar à morte. Uma meta-análise sobre este assunto revelou que a taxa de mortalidade para as raparigas com anorexia nervosa entre os 15 e os 24 anos de idade era mais do que 12 vezes superior à taxa de mortalidade anual para todas as causas de morte na população em geral (Sullivan citado por Wilfley et al., 2006). As condições médicas para os adolescentes com anorexia nervosa incluem o aumento da probabilidade para um crescimento retardado significativo, interrupção ou atraso do desenvolvimento da puberdade e redução máxima da massa óssea (Fisher et al.; Lock, le Grange, Agras, & Dare; Pomeroy & Mitchell citado por Wilfley et al., 2006). As condições que afectam tanto os adultos como os adolescentes com anorexia nervosa incluem desidratação,

bradicardia, arritmias cardíacas, hipotensão, hipotermia, penugem (pêlo muito fino que se desenvolve na cara, nas costas, ou braços e pernas), falha no desenvolvimento ou perda das características sexuais secundárias, fraca circulação periférica, acrocianose (doença vascular permanente que deixa a pele das mãos e, por vezes, dos pés com uma coloração azulada ou roxa devido à falta de oxigénio no sangue), ulceração ocasional e mudanças gangrenosas nos dedos dos pés (Lask, Waugh, & Gordon citado por Wilfley et al., 2006). Embora a maioria destas condições possa ser revertida com o ganho de peso, os efeitos no crescimento, em particular, podem ser permanentes se o distúrbio continuar por um longo período de tempo (Fisher et al. citado por Wilfley et al., 2006). Além disso, complicações médicas podem surgir a partir dos vômitos e do abuso de laxantes, diuréticos e/ou clisteres, que são sintomas do tipo purgativo da anorexia nervosa.

Os distúrbios e sintomas psicológicos frequentemente encontrados nesta população incluem a depressão *major*, introversão social, tendências obsessivo-compulsivas, relações fracas com o grupo de pares e perda de desejo sexual (Beumont citado por Wilfley et al., 2006).

Distúrbio de ingestão alimentar compulsiva

O distúrbio de ingestão alimentar compulsiva inicia-se, geralmente, no fim da adolescência a partir dos 20 anos e o seu índice de prevalência na população em geral ronda entre os 0.4 e 0.7% (APA cit. por Wilfley et al., 2006). Entre os indivíduos com obesidade em programas de controlo de peso, as informações acerca da prevalência têm variado consideravelmente, desde os 5 aos 40%, dependendo dos métodos de avaliação utilizados. Estudos que utilizam métodos de avaliação mais rigorosos têm apresentado

índices entre os 5 e 10% (Grilo citado por Wilfley et al., 2006). A obesidade consiste numa complicação médica associada ao distúrbio de ingestão alimentar compulsiva (Yanovski citado por Wilfley et al., 2006). As comorbilidades psicológicas associadas a este distúrbio incluem a perturbação depressiva *major*, distúrbios provocados pelo uso do álcool, perturbações de ansiedade, perturbação da personalidade *borderline*, perturbação da personalidade evitante e perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva (Grilo; Wilfley, Friedman, Douchis, Stein, Welch, & Ball; Wilfley, Wilson, & Agras citado por Wilfley et al., 2006).

Desta forma, antes de passarmos para o tema seguinte deste trabalho, é importante reflectirmos sobre o papel do indivíduo que é obeso ou que tem um distúrbio alimentar. Ou seja, perante a existência de uma problemática deste género, será que o indivíduo pode ter um papel activo ao nível da alteração da sua condição? Ou é apenas vítima do seu estado? Por outras palavras, será que o indivíduo poderá contribuir para a melhoria da sua condição? Ou não existe nada que possa fazer? De seguida, tentar-se-á dar resposta as estas questões de reflexão.

2. AUTO-REGULAÇÃO

2.1. O que é a auto-regulação?

Actualmente, quase metade da taxa de mortalidade mundial é devido a comportamentos não saudáveis dos indivíduos (Maes & Van Elderen citado por Maes & Gebhardt, 2000). Os indivíduos que mantêm uma actividade física regular têm menos probabilidades de virem a sofrer de doenças cardíacas, derrames cerebrais, doenças

pulmonares, diabetes e de osteoporose. Tem se demonstrado que a alimentação não saudável está associada às doenças cardiovasculares, diabetes e cancro. O peso corporal excessivo aumenta o risco de doenças cardiovasculares, especialmente se outros factores de risco estiverem presentes. O tabaco, o álcool, as drogas e o *stress* são outros factores que também estão associados a um maior risco de doenças (World Health Organization [WHO] citado por Maes & Gebhardt, 2000).

Uma vez que muitos destes comportamentos são habituais, eles não são fáceis de mudar. Os modelos mais antigos, que implicavam que o mero fornecimento de informação, incitamento de medo, ou uso de poder social poderia influenciar estes comportamentos, provaram não ser bem sucedidos (Maes citado por Maes & Gebhardt, 2000). Em reacção a estes modelos mais antigos, os modelos de comportamento na saúde têm se tornado mais sofisticados.

Tento em conta o tema e os objectivos deste estudo, o conceito de auto-regulação vai ser conceptualizado ao nível do contexto da saúde.

No contexto da saúde, a auto-regulação é definida como os pensamentos, sentimentos e acções auto-gerados para otimizar o estado de saúde (Clark & Zimmerman citado por Kitsantas, Gilligan, & Kamata, 2003), ou seja, como uma sequência de acções e/ou processos direccionados para o alcance de um objectivo pessoal. Noutras palavras, a auto-regulação consiste na tentativa do indivíduo controlar o seu próprio comportamento ao longo do tempo e de diferentes contextos para alcançar objectivos escolhidos por ele. Qualquer modelo de auto-regulação deve, contudo, incluir uma adequada representação do conceito de objectivos pessoais e do processo de aproximação em relação aos objectivos pessoais (Maes & Gebhardt, 2000).

Existe uma grande quantidade de estudos de investigação que mostram que os indivíduos que regulam o seu estado de saúde, tal como o controlo do peso ou uma

doença crónica, apresentam significativamente um maior número de estratégias, incluindo o estabelecimento de objectivos, o planeamento, a procura de ajuda, a auto-monitorização e a auto-avaliação (Clark & Zimmerman; Kitsantas citado por Kitsantas, Gilligan, & Kamata, 2003). Consequentemente, esses indivíduos mostram maior controlo sobre o seu estado de saúde do que os indivíduos que não se envolvem em estratégias de auto-regulação (Kitsantas, Gilligan, & Kamata, 2003).

A saúde de cada indivíduo é fortemente influenciada pelos seus estilos de vida (Bandura, 2005). Desta forma, se o indivíduo regular os seus estilos de vida, pode alterar o seu estado de saúde. Por exemplo, se um indivíduo fizer exercício físico regularmente, alimentar-se de uma forma equilibrada, deixar de fumar, controlar a pressão arterial e desenvolver estratégias de controlo do *stress*, pode melhorar o seu estado de saúde (Bandura, 2005). Assim, facilmente percebemos a importância das estratégias de auto-regulação para a melhoria ou manutenção do estado de saúde do indivíduo, uma vez que ele tem o poder de alterar o seu estado de saúde, podendo obter mais qualidade de vida. Contudo, o paradigma da auto-regulação apresenta também vantagens para a sociedade, uma vez que ao apelar-se para uma medicina de carácter preventivo, seria possível poupar-se imensos custos e recursos ao nível da medicina remediativa (por exemplo, medicamentos e intervenções cirúrgicas) (Bandura, 2005).

2.2. O papel da regulação emocional ao nível dos comportamentos alimentares

Relativamente à insatisfação corporal, é importante referir que este factor não conduz por si só ao desenvolvimento de um distúrbio alimentar. Os investigadores têm

chegado à conclusão de que a regulação emocional dos indivíduos é um factor central no desenvolvimento deste tipo de distúrbios. Desta forma, a insatisfação corporal combinada com dificuldades ao nível da consciência emocional e das estratégias de *coping* em lidar com as emoções negativas que advêm dessa insatisfação são preditores dos distúrbios alimentares (Sim & Zeman, 2006).

A insatisfação com o corpo assume várias formas. A forma mais frequente como se tem conceptualizado a insatisfação com o corpo é simplesmente em termos dos sentimentos negativos e cognições. Todavia, seja qual for o modelo teórico utilizado, parece evidente que a insatisfação com o corpo é um fenómeno comum e não certamente limitado aos poucos indivíduos clinicamente definidos como portadores de perturbações da alimentação (Ogden, 2004).

A maioria da investigação examinou o papel dos factores sociais na causa da insatisfação com o corpo em termos dos *media*, etnicidade, classe social e ambiente familiar. Além disso, a investigação tem explorado o papel dos factores psicológicos que podem traduzir os factores sociais numa insatisfação com o corpo.

Pareceria, pois, que a insatisfação com o corpo poderia ter origem nos *media*. Mais ainda, que poderia estar relacionada com factores sociais tais como a etnicidade, classe social e a insatisfação da mãe com o seu próprio corpo. Além disso, é possível que o impacto desses factores sociais seja mediado por factores psicológicos, por exemplo, crenças e natureza dos relacionamentos. A investigação sugeriu que todos eles ilustram o papel fundamental do controlo (Ogden, 2004).

2.3. Questões de investigação

A partir desta revisão da literatura, surgem então quatro questões de investigação que são as seguintes:

- Poderão os adolescentes com problemas alimentares serem ajudados a adoptarem comportamentos saudáveis?
- Poderá ser viável um programa de intervenção dirigido simultaneamente à obesidade e aos distúrbios alimentares?
- Que características essenciais, teóricas e empíricas, deverá assumir para se tornar um programa de intervenção mais útil e vantajoso em comparação com os programas de intervenção dirigidos apenas a cada uma dessas problemáticas?
- Qual é a perspectiva dos técnicos de saúde, que trabalham com esse tipo de problemáticas, relativamente ao tipo de programa que consideram ser mais eficaz?

Esta última questão surge devido ao desfasamento entre o conhecimento (teorias, conceitos e métodos) dos investigadores e a prática dos técnicos de saúde que trabalham com essas problemáticas, que têm por função desenvolver programas de promoção da saúde ou de prevenção da doença junto da população. Esta questão é referida em muitos dos trabalhos consultados como dificuldade na acção neste domínio (Wiecha, Ayadi, Fuemmeler, Carter, Handler, Johnson, Strunk, Korzec-Ramirez, & Gortmaker, 2004)

METODOLOGIA

Para responder às questões anteriores, o presente estudo vai envolver a análise dos modelos de auto-regulação de apoio à intervenção na área da saúde, a análise dos programas de intervenção aplicados ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares e a análise das entrevistas realizadas aos técnicos de saúde sobre a temática em questão.

Neste sentido, para dar resposta à primeira questão de investigação, iremos proceder à análise dos modelos de auto-regulação, que explicam a mudança comportamental. Para tentar dar resposta à segunda e terceira questão de investigação, recorrer-se-á à análise dos programas de intervenção de abordagem combinada e das entrevistas realizadas aos técnicos de saúde, tentando-se chegar a um consenso entre os dados das duas análises. Para cada uma destas análises indicaremos a seguir os critérios e as fontes de selecção da informação e do conhecimento adoptados.

Por fim, no sentido de dar resposta à quarta questão de investigação, iremos recorrer à análise das entrevistas realizadas aos técnicos de saúde.

A metodologia utilizada neste último estudo é de carácter qualitativo. Tendo em conta as questões de investigação delineadas e a natureza do tema deste estudo, consideramos que a metodologia qualitativa poderá ser a mais adequada. Este tipo de metodologia revela-se mais apropriada uma vez que a amostra da população utilizada para este estudo é muito reduzida, não permitindo a generalização de resultados. Outro aspecto importante é o facto deste estudo privilegiar a recolha de dados sob a forma de discurso oral, sendo fundamental a compreensão das representações dos técnicos de saúde relativamente a programas de intervenção de abordagem combinada. Na metodologia quantitativa, o objectivo é determinar relações de causa-efeito, explicar

fenómenos, provar hipóteses e estabelecer leis gerais, enquanto que a metodologia qualitativa compreende múltiplos métodos que visam, segundo Almeida e Freire (2000:98), “a busca da globalidade e da compreensão dos fenómenos, ou seja, um enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico”, uma vez que existe uma inter-relação do investigador com os sujeitos de estudo, tendo em vista captar o significado das acções sociais e compreender os sujeitos e os fenómenos ou experiências como sendo únicos.

3. MODELOS DE AUTO-REGULAÇÃO

3.1. Critérios e fontes de selecção

Os modelos de auto-regulação que vão ser apresentados foram seleccionados a partir da revisão da literatura realizada ao nível do contexto da saúde. Considera-se que estes modelos são os que verificam maior capacidade de prever e compreender o comportamento humano. Esta análise revela-se muito importante para o presente estudo na medida em que esses modelos ajudam a compreender os factores que podem estar na manutenção e alteração dos comportamentos ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares, permitindo a formulação de programas de intervenção mais adaptados.

3.2. Apresentação sumária dos principais modelos de apoio à intervenção na área da saúde

De seguida vamos apresentar alguns dos modelos que têm sido mais utilizados ao nível da área da saúde. A descrição desses modelos servirá para realçar os conceitos teóricos e as técnicas de intervenção mais adoptadas nos programas de intervenção na área da saúde, e que têm sido alvo de estudos de investigação.

Um certo número de modelos, por exemplo, o modelo de crenças em saúde de Rosenstock, a teoria da motivação para a protecção de Rogers, a teoria da cognição social de Bandura, a teoria da acção ponderada de Fishbein e Ajzen, a teoria do comportamento planeado de Ajzen e a teoria da aprendizagem social de Rotter, têm sido frequentemente aplicados ao estudo do comportamento no contexto da saúde (Maes & Gebhardt, 2000). Estes modelos motivacionais têm sido desenvolvidos no sentido de aceder à sua capacidade de prever e compreender o comportamento saudável, sendo as aplicações destes modelos diversas (Armitage & Conner, 2000).

A necessidade de nos apoiarmos nestes modelos está relacionada com o facto da nossa saúde ser principalmente afectada pelos nossos estilos de vida. Desta forma, este aspecto sugere a importância desses modelos nos ajudarem a adoptar estratégias que possam melhorar a aquisição de comportamentos mais saudáveis, colocando, pelo menos em parte, a responsabilidade no indivíduo. Esses modelos realçam, assim, a possibilidade do indivíduo ser agente de mudança do seu próprio comportamento e de o orientar para objectivos desejados. Tal como vimos anteriormente, a auto-regulação é precisamente uma sequência de acções e/ou processos direccionados para o alcance de um objectivo pessoal (Maes & Gebhardt, 2000). Por outro lado, esses modelos colocam mais ênfase na promoção da saúde do que na prevenção da doença. O conceito de

“promoção da saúde” revela um carácter mais adaptativo do que “prevenção da doença” na medida em que saúde não revela apenas ausência de doença, mas também um bem-estar psicológico e social associados (Ogden, 2004). Esse conceito apresenta também um carácter muito mais alargado, para além de transmitir emoções e sentimentos mais positivos e optimistas. Voltaremos a este tema na secção do conteúdo.

4. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO APLICADOS AO NÍVEL DA OBESIDADE E DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

4.1. Critérios e fontes de selecção

Os programas de intervenção avaliados neste estudo estabeleceram como objectivo ou obtiveram resultados positivos ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares. Esses programas foram seleccionados a partir da pesquisa *online* realizada através do motor de busca EBSCO. A pesquisa foi efectuada a partir das diferentes combinações possíveis dos conceitos *obesity*, *eating disorders* e *programs*. Apesar de terem sido realizadas todas as possíveis combinações, verificou-se que algumas delas forneceram mais resultados que correspondiam ao objectivo do estudo. Para além disso, a informação relativamente a alguns dos programas foi obtida através do contacto por correio electrónico com Dianne Neumark-Sztainer (PhD, MPH, RD) que é um dos grandes nomes ao nível da investigação nesta área. A sua colaboração foi extremamente importante para o presente estudo na medida em que a pesquisa *online* não permitia aceder a artigos científicos sobre alguns desses programas.

4.2. Descrição sumária dos programas de intervenção com uma abordagem combinada

Os programas de intervenção seleccionados para serem objecto de estudo foram os seguintes: *Very Important Kids* (VIK), *New Moves*, *Planet Health*, *Psychoeducational Class on Eating Disorders and Obesity*, *Dissonance-based Intervention*, *Healthy Weight Intervention*. Outros programas poderiam ter sido seleccionados, contudo considerou-se que estes seriam os mais relevantes, principalmente devido à sua ênfase ao nível da literatura.

De seguida serão apenas apresentadas algumas características distintivas de cada um dos programas no sentido de se conseguir identificá-los mais facilmente numa fase posterior.

O programa *Very Important Kids* (VIK) é aplicado a crianças do 4.º ao 6.º ano em contexto educacional; o programa *New Moves* é aplicado a adolescentes do sexo feminino do ensino secundário em contexto educacional; o programa *Planet Health* é aplicado a adolescentes do 6.º ao 8.º ano em contexto educacional; o programa *Psychoeducational Class on Eating Disorders and Obesity* é aplicado a adolescentes do sexo feminino do ensino universitário em contexto educacional e os programas *Dissonance-based Intervention* e *Healthy Weight Intervention* foram aplicados a adolescentes do sexo feminino num contexto que não é especificado ao nível da literatura.

4.3. Categorias de análise dos programas de intervenção

A selecção das categorias de análise dos programas de intervenção foi definida a partir das ideias que se iam sobressaindo à medida que se ia recolhendo mais informação acerca de cada um dos programas. Na selecção dessas categorias deparámo-nos com alguns obstáculos, entre eles o facto das categorias que se salientavam num programa serem diferentes das que se salientavam noutra programa. Para além, sendo os programas de intervenção tão diferentes uns dos outros, especialmente no que toca a estratégias de intervenção e a aspectos metodológicos, houve um grande esforço no sentido de se tentar chegar a alguma uniformidade entre os programas. Desta forma, conseguiu-se chegar a seis categorias de análise presentes em todos os programas de intervenção. É muito importante a definição das mesmas categorias de análise para todos os programas no sentido de facilitar a posterior comparação entre eles. Por sua vez, essa comparação torna-se fundamental para se tentar chegar a algum consenso relativamente às características dos programas que parecem apresentar maior eficácia ao nível dos resultados.

Outros aspectos que apresentam alguma importância, apesar de não terem sido contemplados como categorias de análise por não se ter atingido uma uniformidade entre todos os programas, vão ser mencionados e tidos em conta na respectiva análise que se seguirá à apresentação dos quadros das categorias de análise.

A primeira das categorias de análise a ser seleccionada foi o *objectivo* de cada um dos programas (“o que fazer”). Com esta categoria pretende-se saber o que cada um dos programas pretende atingir, assim como a (s) problemática (s) em que se vão centrar.

Relativamente à categoria *contexto* (“onde”), pretende-se conhecer o contexto ou ambiente em que o programa foi aplicado. Desta forma, o ambiente escolhido pode ser clínico, por exemplo, se o programa for aplicado num hospital ou centro de saúde, ou pode ser educacional, se o programa for aplicado, por exemplo, numa escola ou instituição ligada ao ensino. No caso do contexto escolhido ser educacional, procura-se também saber se os conteúdos são integrados nos currículos escolares.

Com a categoria *idade e população-alvo* (“quem”) pretende-se obter as características relativamente à população que vai alvo de intervenção pelo programa. Essas características são a idade, o sexo e o nível de escolaridade.

Na categoria *resultados* (“o que se obtém”), como o próprio nome indica, deseja-se conhecer os resultados alcançados por cada um dos programas, tendo em conta os objectivos estabelecidos e as estratégias de intervenção utilizadas.

Em relação à categoria *conteúdo* (“o que fazer”), pretende-se, essencialmente, saber quais as técnicas de intervenção utilizadas para se tentar atingir os objectivos propostos. Contudo, neste tipo de categoria poderão também ser incluídas informações relativamente ao tipo de intervenção utilizada, ao modelo e construtos teóricos a que as técnicas estão subjacentes e aos temas abordados pelas técnicas.

Por fim, na categoria *duração* (“o que fazer”), procura-se saber qual a duração dos programas de intervenção em questão, assim como aspectos relacionados com a duração e frequência das sessões de cada programa.

5. TÉCNICOS DE SAÚDE QUE INTERVÊM NA OBESIDADE E NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

5.1. Critérios e fontes de selecção

Para além da análise aos modelos de auto-regulação e aos programas de intervenção com uma abordagem combinada, será também feita uma análise às entrevistas semi-directivas de três técnicos de saúde do Hospital Dona Estefânia. A possibilidade de entrevistar esses técnicos surgiu no âmbito do estágio profissional realizado na Consulta de Psicologia do Serviço 1 do Hospital Dona Estefânia. Desta forma, a selecção dos técnicos a entrevistar teve em conta a proximidade e relação profissional, assim como a sua vasta experiência de trabalho com crianças e adolescentes com obesidade e distúrbios alimentares. Os técnicos seleccionados foram uma dietista, uma médica pediatra e uma enfermeira. Anteriormente à realização das entrevistas, pediu-se autorização ao Conselho de Administração do hospital em questão para a realização do estudo (ver Anexo A), assim como às profissionais em causa. No contacto com esses técnicos para a realização do estudo foram explicados os objectivos do estudo e as linhas gerais do trabalho, salientando-se a importância da sua colaboração e assegurando a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi feita a gravação em áudio das três entrevistas após a devida autorização dos participantes.

Em função dos interesses e da disponibilidade de ambas as partes, foram agendados os dias e as horas de cada entrevista. A duração das entrevistas variou entre 30 minutos e 1 hora e 30 minutos. As três entrevistas decorreram em contextos de acordo com a preferência das educadoras, nomeadamente gabinetes do Hospital Dona Estefânia, proporcionando-se um ambiente calmo e propício a uma boa comunicação.

Após a recolha dos dados, procedemos à transcrição integral das entrevistas, com respeito pelas repetições e incongruências, como é característico do discurso oral (ver Anexos C, D e E).

5.2. A entrevista

Tendo em conta a escolha da metodologia qualitativa para o nosso estudo, optámos pela hipótese de recorrer à entrevista, pois “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994:134).

De acordo com a metodologia qualitativa, a entrevista poderá ser um meio mais eficaz para auscultar as percepções dos técnicos de saúde, visto que as entrevistas nos permitem adquirir esclarecimentos e informações sobre o material que não é directamente acessível, tal como as percepções, atitudes e valores (Partigton, 2001).

No âmbito do nosso estudo, percebemos que os objectivos estipulados nos orientavam para a escolha do tipo de entrevista semi-directiva em que “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério...” (Ghiglione & Matalon, 2001:64).

Ao optarmos pelo discurso oral na recolha de dados através da entrevista, procurámos respeitar três pontos orientadores propostos por Estrela (1994):

- Dar voz aos entrevistados, permitindo-lhes a livre expressão e respeitando o ritmo do seu discurso, assim como as pausas necessárias à reflexão. A definição

prévia de objectivos constitui o ponto essencial para a condução da entrevista, possibilitando uma orientação semi-directiva;

- Dar liberdade ao entrevistado no modo como desenvolve o tema, para que a temática abordada não seja restringida;
- Esclarecer e clarificar o significado de determinadas expressões utilizadas pelo entrevistado.

5.3. Categorias de análise das entrevistas dos técnicos de saúde

Relativamente às categorias de análise das entrevistas dos técnicos de saúde, tentou-se criar categorias que correspondessem às categorias utilizadas para analisar os programas de intervenção no sentido de facilitar a comparação entre esses dois componentes.

Desta forma, tentou-se construir o guião de entrevista de forma a englobar as categorias já definidas para a análise dos programas de intervenção (ver Anexo B). Assim, estabeleceram-se seis categorias para a análise das entrevistas semi-directivas, que não correspondem exactamente às categorias estabelecidas para a análise dos programas de intervenção. Essas categorias estabelecidas são as seguintes: *contexto de aplicação* (“onde”), *características da população do programa* (“quem”), *conteúdos* (“o que fazer”), *organização das sessões* (“o que fazer”), *profissionais que devem aplicar o programa* (“quem”) e *importância do psicólogo*. Como pudemos constatar existem determinadas categorias que fazem uma correspondência directa com algumas categorias estabelecidas para a análise dos programas, como por exemplo as categorias

contexto de aplicação, características da população do programa e conteúdos.

Contudo, não foi possível conseguir essa correspondência com outras categorias.

Houve, no entanto, um esforço para melhorar essa correspondência, tendo sido estabelecidas subcategorias dentro de cada categoria. Essas subcategorias foram alcançadas a partir da definição de objectivos gerais. O estabelecimento dessas subcategorias permite, sobretudo, a criação de um guião de entrevista completo e consistente que possa servir de base à recolha da informação necessária pela entrevista semi-directiva. Apenas não foram criadas subcategorias para as categorias: *contexto de aplicação e profissionais que devem aplicar o programa.*

Tendo em conta a definição dessas subcategorias, na categoria *características da população do programa* procura-se obter informação relativamente ao tipo de população, faixa etária, número médio de participantes do programa, modo de selecção dos participantes, promoção da adesão ao programa e resultados a alcançar.

Relativamente à categoria *conteúdos*, pretende-se obter informação acerca do tipo de conteúdos a abordar no programa, modo de integração dos conteúdos e modo de apresentação dos conteúdos.

Na categoria *organização das sessões*, procura-se obter informação em relação à duração e frequência das sessões, e duração do programa.

Por fim, a categoria *importância do psicólogo* foi criada no sentido de perceber se os técnicos de saúde, de um modo geral, consideram relevante a presença do psicólogo na intervenção com este tipo de problemáticas e qual o seu papel específico neste tipo de intervenção.

5.4. A análise de conteúdo

Perante a necessidade de procedermos ao tratamento dos dados das entrevistas, optámos pela análise de conteúdo por considerarmos ser o processo mais adequado à compreensão das informações recolhidas.

A expressão “análise de conteúdo” é utilizada num sentido restrito: refere-se apenas às técnicas usualmente utilizadas pelas Ciências Sociais para a exploração de documentos, não abrangendo, portanto, os tipos de análise que caem directamente no âmbito da linguística e da literatura (Estrela, 1994).

Embora as técnicas de análise de conteúdo não tenham cessado de evoluir nos últimos decénios, atingindo um grande grau de sofisticação, os objectivos limitados do nosso trabalho e a falta de treino dos analistas levaram-nos a optar por concepções e práticas mais tradicionais, directamente inspiradas nos trabalhos de Berelson (citado por Estrela, 1994) e divulgadas em obras da especialidade.

Assim, partimos da definição de Berelson (citado por Estrela, 1994) de análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Após a transcrição do discurso produzido pelos técnicos de saúde, foi necessário proceder à organização e sistematização dos dados, que ocorreu em três etapas distintas, de acordo com a proposta apresentada por Bardin (1995): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Deste modo, na primeira etapa efectuámos uma leitura “flutuante” de cada entrevista, procurando anotar à margem aspectos significativos dos discursos dos técnicos de saúde.

Na segunda etapa, procedemos à codificação do material, o qual consistia na “transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou a sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 1995:103).

Nesta fase procurámos identificar as verbalizações de cada uma das entrevistadas, classificando-as por categorias e subcategorias, de acordo com critérios de diferenciação e de analogia, sem que se perdesse, mas evidenciasse a diversidade dos discursos (Bardin, 1995; Ghiglione & Matalon, 2001).

Durante esta fase efectuámos sucessivas revisões e reformulações, recorrendo simultaneamente às análises *vertical* – debruçando-nos sobre cada entrevistada individualmente, de acordo com os temas que abordou – e *horizontal* – abordando cada um dos temas de acordo com as diferentes formas sob as quais aparece nos discursos das entrevistadas (Ghiglione & Matalon, 2001).

Por último, a análise de conteúdo ao longo das diferentes fases de análise teve como objectivo a atribuição de sentido aos dados recolhidos, procurando dar resposta à questão de investigação e explicitar os objectivos formulados previamente.

CONTEÚDO

6. OS MODELOS DE AUTO-REGULAÇÃO

Modelo de crenças em saúde

O modelo de crenças de saúde foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock e, posteriormente, por Becker e colaboradores ao longo dos anos 70 e 80, de modo que fosse possível prever os comportamentos de prevenção ligados à saúde, assim como a resposta comportamental ao tratamento dos doentes agudos e crónicos. No entanto, o modelo de crenças de saúde tem sido utilizado para prever uma vasta gama de comportamentos ligados à saúde (Ogden, 2004).

O modelo de crenças de saúde prediz que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos. As crenças básicas iniciais são as percepções individuais sobre: a susceptibilidade à doença (por exemplo, “a probabilidade de eu contrair um cancro do pulmão é alta”); a gravidade da doença (por exemplo, “o cancro do pulmão é uma doença grave”); os custos envolvidos na realização de um comportamento (por exemplo, “deixar de fumar vai deixar-me irritável”); os benefícios envolvidos na realização de um comportamento (por exemplo, “deixar de fumar vai poupar-me dinheiro”) e as pistas para a acção que podem ser internas (por exemplo, o sintoma da falta de ar) ou externas (por exemplo, informação sob a forma de folhetos de informação e educação para a saúde) (Ogden, 2004).

O modelo de crenças de saúde sugere que estas crenças centrais devem ser utilizadas para prever a probabilidade de um determinado comportamento vir a

ocorrer. Em resposta às críticas, o modelo de crenças de saúde foi revisto de forma a acrescentar um construto, a “motivação para a saúde”, que reflecta a disposição do indivíduo para se preocupar com as questões de saúde (por exemplo, “preocupo-me com o facto de o fumo poder fazer mal à minha saúde”). Mais recentemente, Becker e Rosenstock sugeriram também que o modelo deveria acrescentar o “controlo percebido” (por exemplo, “estou confiante de que consigo parar de fumar”) (Ogden, 2004).

Embora na literatura haja muitas contradições à volta do modelo de crenças de saúde, é possível concluir que os elementos do modelo podem prever o rastreio da hipertensão, o rastreio do cancro do útero, o rastreio genético, a prática de exercício, o menor consumo de álcool, as mudanças de alimentação e a cessação do tabagismo (Ogden, 2004).

Teoria da motivação para a protecção

Rogers desenvolveu a teoria da motivação para a protecção, tendo partido do modelo de crenças de saúde para incluir factores adicionais.

A teoria da motivação para a protecção original defendia que os comportamentos relacionados com a saúde são o produto de quatro componentes: gravidade (por exemplo, “o cancro do intestino é uma doença grave”); vulnerabilidade (por exemplo, “as hipóteses de ter um cancro do intestino são altas”); eficácia da resposta (por exemplo, “mudar a minha dieta iria melhorar o meu estado de saúde”) e auto-eficácia (por exemplo, “acredito que posso mudar a minha dieta”) (Ogden, 2004).

Estes componentes permitem prever as intenções de comportamento (por exemplo, “pretendo modificar o meu comportamento”) relacionadas com o comportamento. Recentemente, Rogers também sugeriu a existência de um papel para

um quinto componente, o medo (por exemplo, uma resposta emocional), em resposta à educação ou informação. A teoria da motivação para a protecção afirma que a gravidade, a vulnerabilidade e o medo estão relacionados com a avaliação da ameaça (isto é, a estimativa das ameaças externas), e que a eficácia da resposta e a auto-eficácia estão relacionadas com a avaliação do *coping* (isto é, avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença). De acordo com esta teoria, existem duas fontes de informação: ambiental (por exemplo, persuasão verbal, aprendizagem através da observação) e intrapessoal (por exemplo, experiência anterior). Estas informações influenciam os cinco componentes da teoria (auto-eficácia, eficácia da resposta, gravidade, vulnerabilidade e medo), que, por sua vez, suscitam uma resposta adaptativa de *coping* (isto é, intenção comportamental) ou uma resposta não-adaptativa de *coping* (por exemplo, evitamento, negação) (Ogden, 2004).

Teoria da cognição social de Bandura e teoria da aprendizagem social de Rotter

A teoria de Bandura e a teoria de Rotter vão ser consideradas em conjunto por estarem enquadradas dentro do mesmo modelo teórico e por apresentarem vários aspectos comuns.

A teoria da cognição social, desenvolvida por Bandura, propõe um modelo explicativo para o funcionamento humano que se denomina por determinismo recíproco, no qual o comportamento, os factores pessoais e o ambiente externo interagem como determinantes que se influenciam um ao outro bidireccionalmente. Os factores pessoais incluem os processos cognitivos e as crenças. Esta interacção recíproca é possível devido às capacidades básicas humanas: a) capacidade simbólica,

que permite a representação e interpretação das próprias experiências e desempenhos, atribuindo significado individual aos mesmos; b) capacidade antecipatória, que possibilita transcender o presente imediato e regular o comportamento actual em direcção a objectivos a longo-prazo, por antecipação das prováveis consequências das acções futuras; c) capacidade vicariante, que torna possível a aprendizagem por meio da observação do comportamento de outras pessoas e das suas consequências; d) capacidade auto-regulatória, que dá condições de monitorização, avaliação e controlo ao indivíduo relativamente ao seu próprio comportamento, em direcção aos objectivos pessoais; e e) capacidade auto-reflexiva, que permite que os indivíduos analisem, por meio da reflexão, as suas experiências e os seus processos de pensamento, bem como organizem as suas percepções (Azzi & Polydoro, 2007).

Nesta perspectiva, o indivíduo, devido a essas capacidades, possui um sistema auto-referente que o permite agir intencionalmente em direcção a fins específicos, elaborar planos de acção, antecipar possíveis resultados, e avaliar e planear cursos de acção. Por meio da intencionalidade, do pensamento antecipatório e da auto-reflexão, o indivíduo participa no seu próprio desenvolvimento e adaptação, sendo agente da sua experiência. Para Bandura, as pessoas não são apenas agentes de acção, mas também auto-avaliadoras do seu próprio funcionamento cognitivo, afectivo e comportamental (Azzi & Polydoro, 2007).

Inserida neste fundamento teórico e constituindo-se como um pensamento auto-referente, a crença de auto-eficácia tem implicação na gestão dos comportamentos individuais, já que participa na determinação da escolha de actividades e de estratégias de confronto, na definição de esforço e de persistência diante das tarefas e dos obstáculos, assim como interfere em padrões cognitivos e reacções emocionais diante das adversidades. De facto, o componente central de auto-eficácia é tipicamente o

preditor dominante do comportamento (Parcel, Edmundson, Perry, Feldman, O'Hara-Tompkins, Nader, Johnson & Stone citado por Armitage & Conner, 2000), e é frequentemente o principal foco de atenção da investigação.

As formulações de Bandura (2005) têm encontrado grande repercussão na área da Psicologia, seja no desenvolvimento de pesquisas fundamentadas na teoria da cognição social como em implicações para a prática em diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente na previsão de uma grande variedade de comportamentos no contexto da saúde.

Vários modelos têm sido desenvolvidos usando esta perspectiva, nomeadamente a teoria do comportamento planeado (derivada da teoria da acção ponderada) (Ogden, 2004).

Relativamente à teoria da aprendizagem social de Rotter, esta utiliza quatro conceitos básicos na avaliação e previsão do comportamento, designados por potencial de comportamento, expectativa de reforço, valor de reforço e especificidade da situação psicológica (Ribeiro, 2000).

O potencial do comportamento refere-se à probabilidade de ocorrência de um dado comportamento numa situação ou conjunto de situações, em função da obtenção de um reforço ou conjunto de reforços. Este potencial não é estático, pois, à medida que o sujeito encontra novas experiências vão-se alterando as suas expectativas e valores do reforço, o que gera alterações no comportamento (Ribeiro, 2000).

O valor do reforço refere-se a apreciação dos diversos reforços. Difere de sujeito para sujeito, originando diferentes expectativas conforme os interesses (Barros, Barros & Neto citado por Ribeiro, 2000).

A situação psicológica refere-se a qualquer componente da situação ou à sua totalidade, à qual o sujeito reage. Nesta interacção importa atender ao modo como este percebe as situações (Barros et al. cit. por Ribeiro, 2000).

A expectativa de reforço refere-se à probabilidade, que é avaliada pelo sujeito, de que um determinado reforço ocorrerá em função de um comportamento específico da sua parte, numa dada situação ou conjunto de situações. Cada situação, através dos indícios que fornece, desencadeia expectativas de reforço relativamente a comportamentos específicos. A importância e o significado atribuídos a esses indícios dependem das experiências prévias e de determinantes culturais. Assim, a expectativa individual de que um dado comportamento conduzirá a um determinado reforço depende da forma como a situação é caracterizada e avaliada. Também o valor de reforço pode variar de acordo com a situação em que ocorre: um sujeito pode esperar ser recompensado por um comportamento numa certa situação e não noutra. Igualmente, o valor atribuído a um reforço pode ser elevado numa situação e relativamente baixo noutra (Phares & Rotter citado por Ribeiro, 2000).

De uma maneira geral, as expectativas variam: desde um âmbito mais específico – relacionado com uma situação em particular, a um mais geral – mantidas em situações variadas. Estas últimas, designadas de expectativas generalizadas, são perspectivadas como sendo o resultado de experiências acumuladas, que se generalizam de umas situações para outras, consideradas semelhantes em alguns aspectos. A expectativa generalizada mais importante na teoria da aprendizagem social de Rotter é o *locus* de controlo (Ribeiro, 2000).

O conceito *locus* de controlo, conceito central na teoria da aprendizagem social de Rotter, refere-se às expectativas generalizadas de controlo interno e externo sobre o reforço. Ou seja, enquanto o *locus* de controlo interno se refere à percepção de controlo

peçoal sobre o resultado da situação ou o reforço e, por isso, tende-se a percebê-lo como resultante das próprias acções, o *locus* de controlo externo refere-se à percepção da falta de controlo pessoal sobre a situação ou de que o resultado não é/está dependente do próprio comportamento e, por isso, há uma tendência a percebê-lo como resultante de factores exteriores, como sorte ou acaso. Os sujeitos podem ser classificados ao longo de um *continuum* desde uma internalidade extrema a uma externalidade extrema: os predominantemente internos têm tendência a categorizar as situações em função da própria competência e, por isso, sob o seu controlo pessoal, enquanto que os predominantemente externos tendem a categorizá-las em função da sorte e, por isso, fora do próprio controlo. Muitos sujeitos situam-se entre os dois extremos, formando uma distribuição contínua de crenças de *locus* de controlo (Ribeiro, 2000).

O conceito de *locus* de controlo foi aplicado à saúde por Wallston (citado por Almeida & Pereira, 2006), o qual desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos. Foi publicada uma vastidão de literatura com base neste conceito, da qual parece constatar-se que os sujeitos com um *locus* de controlo interno sobre a realidade acreditam que podem influenciar a sua saúde e desenvolvem em maior número atitudes e comportamentos promotores de saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença ou de controlo da mesma, apesar de em situações de doença aguda ou crónica poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos (Horne & Weinman citado por Almeida & Pereira, 2006).

Teoria da acção ponderada e teoria do comportamento planeado

A teoria da acção ponderada de Fishbein e Ajzen afirma que as intenções do indivíduo influenciam o comportamento. As intenções são influenciadas pela atitude em direcção ao desempenho do comportamento e pela norma subjectiva (Ajzen & Fishbein citado por Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001).

As intenções (ex: “eu tenciono fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana”) reflectem o quanto as pessoas estão dispostas a tentar alcançar os seus objectivos e também resumem a motivação dos indivíduos para realizar um comportamento (Ajzen citado por Cooke & Sheeran, 2004). As atitudes são uma avaliação positiva ou negativa do indivíduo acerca do desempenho do comportamento (ex: “fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana seria bom/mau para mim”). As normas subjectivas são as crenças individuais sobre o que de significativo os outros pensam que o indivíduo deveria fazer (ex: “a maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu deveria fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana”) (Cooke & Sheeran, 2004).

Embora a teoria da acção ponderada forneça uma excelente explicação acerca do comportamento, Ajzen (Ajzen & Driver; Ajzen & Madden citado por Albarracín et al., 2001) acrescentou a variável do controlo comportamental percebido. A teoria do comportamento planeado foi, assim, desenvolvida por Ajzen e colaboradores (Ajzen; Ajzen & Madden citado por Ogden, 2004) e representou uma evolução em relação à teoria da acção ponderada.

A teoria do comportamento planeado (Ajzen cit. por Cooke & Sheeran, 2004) é provavelmente a teoria dominante da relação entre as cognições e o comportamento na psicologia social. A teoria defende que o comportamento de um indivíduo é determinado pela sua intenção de o realizar. As intenções são previstas pelas atitudes,

normas subjectivas e pelo controlo comportamental percebido. O controlo comportamental percebido reflecte as percepções de facilidade ou dificuldade acerca do desempenho comportamental (ex: “seria fácil/difícil para mim fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana”) (Cooke & Sheeran, 2004).

O controlo comportamental percebido refere-se à percepção de controlo do indivíduo sobre o comportamento e reflecte os obstáculos que foram encontrados nos desempenhos comportamentais passados. Com a inclusão deste novo factor, a teoria do comportamento planeado de Ajzen propõe que o controlo comportamental percebido pode influenciar o comportamento directamente. Assim, as pessoas com um controlo percebido mais elevado são mais prováveis de formar intenções para realizar um determinado comportamento do que aqueles que percebem que têm pouco ou nenhum controlo (Albarracín et al., 2001).

Uma questão suscitada sobre o controlo comportamental percebido é a sua relação com o comportamento passado. Dado que os comportamentos passados são importantes para os comportamentos posteriores (Ouellette & Wood citado por Albarracín et al., 2001), tem sido sugerido que o controlo comportamental percebido, frequentemente, tem impacto nas intenções e comportamentos porque as percepções de controlo são baseadas no comportamento passado do indivíduo ou porque as pessoas tentam parecer consistentes nos seus relatos (Albarracín et al., 2001).

7. ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO DE ABORDAGEM COMBINADA

Quadro 1 – Programa: *Very Important Kids* (VIK)

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>Very Important Kids</i> (VIK) (Haines, Neumark-Sztainer, Perry, Hannan, & Levine, 2006)	Diminuir a discriminação em relação ao peso e os comportamentos não saudáveis de perda de peso	Educacional, não integrado nos currículos escolares	Crianças do 4.º ao 6.º ano	Diminuição significativa da percentagem de alunos que referiram ser discriminados na escola ¹	Intervenção com multi-componentes ²	Do 4.º ao 6.º ano (três anos)

¹ Estes resultados referem-se ao grupo experimental. No grupo controlo, essa percentagem aumentou durante o estudo.

² Inclui estratégias de intervenção ao nível individual e ao nível ambiental (escola e família). Determinadas estratégias basearam-se em construtos teóricos associados ao comportamento de implicar com os outros (ex: utilização do conceito de auto-eficácia para fazer frente às normas existentes relativamente a importunar os outros). As estratégias a serem utilizadas consistiram na realização de actividades interactivas entre os alunos, professores e pessoal administrativo e auxiliares de acção educativa, e entre pais; realização de actividade física; realização de uma peça de teatro sobre o tema em questão; implementação de uma campanha na escola contra a discriminação do peso; leitura e discussão de um livro sobre a experiência de uma pessoa que era discriminada em relação ao peso e realização de conferências para pais.

Quadro 2 – Programa: *New Moves*

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>New Moves</i> (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, & Rex, 2003)	Aumentar o nível de actividade física e alterar os padrões alimentares	Educacional, integrado nos currículos escolares da aula de Educação Física	Adolescentes do sexo feminino do ensino secundário ³	Aumento significativo do nível de actividade física e impacto positivo nos padrões alimentares e na auto-imagem	Turma de educação física alternativa com multi-componentes ⁴	Um semestre (5 dias por semana durante 16 semanas)

³ Com excesso de peso ou em risco de virem a ter excesso de peso devido aos baixos níveis de actividade física.

⁴ Em vez da aula de educação física habitual e mista. Inclui estratégias ao nível do exercício físico, nutrição e auto-imagem, através da criação de um ambiente de apoio em que as raparigas se podem sentir confortáveis e que consigam realizar mudanças positivas. A teoria da cognição social de Bandura fornece o quadro teórico para o desenvolvimento do programa; o programa dirige-se a factores sócioambientais (ex: ambiente de apoio e diferentes oportunidades para a actividade física), pessoais (ex: auto-percepções, auto-eficácia e atitudes relativamente à actividade física) e comportamentais (ex: estabelecimento de objectivos, competências) e às inter-relações entre estes factores. As raparigas também foram expostas a oportunidades de actividade física dentro da comunidade, sendo-lhes oferecido *free passes* para lá voltarem, experimentaram refeições saudáveis e fáceis de preparar, foram envolvidas em discussões em grupo sobre diversos temas, realizaram-se almoços em grupo com refeições saudáveis e também foi feita uma intervenção com os pais no sentido destes fornecerem apoio às suas filhas.

Quadro 3 – Programa: *Planet Health*

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>Planet Health</i> (Wiecha, Ayadi, Fuemmeler, Carter, Handler, Johnson, Strunk, Korzec-Ramirez, & Gortmaker, 2004)	Prevenir a obesidade ⁵	Educacional, integrado nos currículos escolares de 32 aulas de 6 escolas públicas	Adolescentes do 6.º ao 8.º ano	Redução da prevalência da obesidade, redução do sedentarismo e um efeito preventivo dos distúrbios alimentares ⁶	Currículo de educação para a saúde interdisciplinar e integrado ⁷	Do 6.º ano ao 8.º ano, apresentando 34, 5 horas

⁵ Através da diminuição do número de horas a ver televisão, aumentando o consumo de frutas e vegetais, aumentando a prática de exercício físico e moderando o consumo de gorduras.

⁶ No começo dos vômitos, no uso de laxantes e no uso de comprimidos de dieta.

⁷ O plano do currículo incorpora várias teorias do comportamento em contexto de saúde e da aprendizagem, incluindo a teoria da cognição social (Bandura, 1977, 1986), que reconhece que o comportamento é influenciado por factores sociais, ambientais e pessoais. O programa é aplicado por professores das disciplinas de matemática, ciência, estudos sociais e linguagem artística.

Quadro 4 – Programa: *Psicoeducacional Class on Eating Disorders and Obesity*

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>Psicoeducacional Class on Eating Disorders and Obesity</i> (Stice & Ragan, 2002)	Desenvolver e avaliar uma intervenção psicoeducacional mais intensiva ⁸	Universitário (educacional), não integrado nos currículos	Estudantes do sexo feminino do ensino universitário	Impacto positivo ao nível dos distúrbios alimentares e da obesidade ⁹	Seminário com informação sobre os distúrbios alimentares e a obesidade ¹⁰	Cada sessão tem a duração de uma hora e meia, distribuindo-se ao longo de 15 semanas de um semestre, perfazendo um total de 42 horas

⁸ Tendo em conta as limitações das intervenções convencionais ao nível da prevenção dos distúrbios alimentares e da obesidade.

⁹ Diminuição da internalização do ideal de magreza, da insatisfação corporal, das dietas, dos sintomas dos distúrbios alimentares, e do peso, comparando com o grupo de controlo que ganhou peso ao longo dos 4 meses do período de estudo.

¹⁰ Informação sobre os factores de risco e consequências destas problemáticas, nutrição, e técnicas de controlo de peso saudáveis. As técnicas utilizadas neste programa foram, essencialmente, a apresentação didáctica e a discussão em grupo.

Quadro 5 – Programa: *Dissonance-based Intervention*

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>Dissonance-based Intervention</i> (Stice e colegas) ¹¹	Desenvolver e avaliar duas intervenções para populações com risco elevado de desenvolverem distúrbios alimentares ¹²	Não especificado	Adolescentes do sexo feminino ¹³	Diminuição dos sintomas e comportamentos característicos dos distúrbios alimentares ¹⁴	Exercícios verbais, escritos e comportamentais (role-play) nos quais é criticado o ideal de magreza ¹⁵	Três sessões, com cerca de uma hora cada, distribuídas por três semanas

¹¹ Stice, Trost, & Chase, 2002; Stice, Shaw, Burton, & Wade, 2006.

¹² Devido ao pouco sucesso demonstrado pelos programas de intervenção psicoeducacionais ao nível dos distúrbios alimentares.

¹³ Com preocupações acerca da imagem corporal.

¹⁴ As raparigas experimentaram grandes alterações ao nível da internalização do ideal de magreza, da insatisfação corporal, das emoções negativas, dos sintomas bulímicos, do risco para o início da obesidade e da utilização de cuidados de saúde mentais, com muitos dos efeitos a persistirem ao longo de um ano de *follow-up*.

¹⁵ Esses exercícios baseiam-se na teoria da dissonância cognitiva, que defende que as actividades contra-atitudinais resultam em desconforto psicológico que motiva os indivíduos a reduzirem a sua internalização do ideal de magreza, que se pensa que diminui os factores de risco para um distúrbio alimentar. Os exercícios eram sempre acompanhados por discussões em grupo.

Quadro 6 – Programa: *Healthy Weight Intervention*

Programa	Objectivo	Contexto	Idade e população-alvo	Resultados	Conteúdo	Duração
<i>Healthy Weight Intervention</i> (Stice e colegas) ¹⁶	Desenvolver e avaliar duas intervenções para populações com risco elevado de desenvolverem distúrbios alimentares ¹⁷	Não especificado	Adolescentes do sexo feminino ¹⁸	Redução dos sintomas e comportamentos característicos dos distúrbios alimentares ¹⁹	Encorajamento à mudança saudável e duradoura da alimentação e do nível de actividade física ²⁰	Três sessões, com cerca de uma hora cada, distribuídas por três semanas

¹⁶ Stice, Trost, & Chase, 2002; Stice, Shaw, Burton, & Wade, 2006. Inicialmente, este programa era uma condição de controlo do programa baseado na dissonância, mas emergiu como um programa de intervenção com sucesso.

¹⁷ Devido ao pouco sucesso demonstrado pelos programas de intervenção psicoeducacionais ao nível dos distúrbios alimentares.

¹⁸ Com preocupações acerca da imagem corporal.

¹⁹ Verificaram-se grandes reduções na internalização do ideal de magreza, na insatisfação corporal, nos sintomas bulímicos, na utilização de cuidados de saúde mentais, e no risco para o desenvolvimento de sintomas bulímicos e da obesidade relativamente ao grupo de controlo ao longo de um ano de *follow-up*.

²⁰ Antes disso, foi-lhes pedido que escrevessem um diário durante três dias sobre os alimentos consumidos e o exercício físico realizado.

Numa primeira análise aos programas de intervenção de abordagem combinada apresentados anteriormente, constatamos que a maioria desses programas são aplicados num contexto educacional. Excepto os dois últimos programas apresentados (*Dissonance-based Intervention* e *Healthy Weight Intervention*) não parecem utilizar um contexto educacional. Neste sentido, surgem dois tipos de programas: aqueles que fazem uma integração com os currículos escolares e os que não fazem essa integração. Os programas *Planet Health* e *New Moves* são dois programas que integram os seus conteúdos nos currículos escolares. Contudo, é natural que a cada uma dessas condições existam limitações inerentes. À partida, podemos supor que a implementação de um programa como o *Planet Health* exija um grande esforço e trabalho por parte dos profissionais que desenvolveram o programa e dos profissionais que trabalham no meio escolar, principalmente os professores, na medida em que é necessário adequar e adaptar os conteúdos do programa aos currículos escolares. Por outro lado, temos os programas que se aplicam num contexto educacional mas que não integram os seus conteúdos nos currículos escolares, como por exemplo os programas *Very Important Kids* (VIK) e *Psicoeducational Class on Eating Disorders and Obesity*. O programa VIK, apesar de não fazer a integração dos seus conteúdos nos currículos escolares, precisa, contudo, da colaboração dos professores, do pessoal administrativo, dos auxiliares de acção educativa e dos pais, para além dos alunos, para tentar atingir os seus objectivos. Este programa apresenta multi-componentes, na medida em que inclui estratégias de intervenção ao nível individual e ao nível ambiental (escola e família).

Relativamente aos objectivos, é importante referir que nem todos os programas estabeleceram como objectivos iniciais a intervenção ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares. Contudo, ao nível da metodologia, incluíram medidas que vão de encontro à intervenção em ambas as problemáticas, e relativamente aos resultados,

obtiveram dados que apresentam interesse às duas. O programa *Planet Health* é exemplo disso.

Em relação às características da população, de uma forma geral, considera-se que a maioria dos programas de intervenção apresentados anteriormente tem como população-alvo os adolescentes. Apenas dois programas (VIK e *Psicoeducational Class on Eating Disorders and Obesity*) definiram outras populações-alvo, respectivamente as crianças e os estudantes universitários. Também é importante referir que grande parte dos programas se dirige exclusivamente ao sexo feminino, excepto os programas VIK e *Planet Health*.

No que respeita aos resultados obtidos, de uma forma geral, todos os programas de intervenção apresentam resultados positivos ao nível dos sintomas e dos aspectos característicos de ambas as problemáticas, tendo em conta os objectivos estabelecidos por cada um deles.

Relativamente aos conteúdos, todos os programas apresentam estratégias de intervenção bastante diversas, sendo importante notar que alguns deles abordam diversos níveis, nomeadamente os níveis individual e ambiental (escola e família), no sentido de obter um efeito da intervenção mais alargado. É exemplo disso, o programa VIK. Outros programas optaram por se focar apenas num ou dois níveis. Contudo, é importante referir que se verificou que alguns dos programas basearam as suas técnicas em construtos teóricos da teoria da cognição social de Bandura. Por exemplo, os programas VIK, *New Moves* e *Planet Health* apoiam-se na teoria de Bandura, tendo os dois primeiros utilizado o conceito de auto-eficácia. Também os factores ambientais, nomeadamente a influência do meio, foram abordados nesses dois programas, tendo em conta a sua importância ao nível do contexto social do indivíduo.

Na duração, verifica-se também a existência de uma grande diversidade entre os programas. Certos programas optam por uma duração mais longa, como o programa *New Moves*, enquanto outros optam por uma duração mais curta, como o programa *Dissonance-based Intervention*.

Existem ainda outras informações que são importantes de ser referidas, embora não constem nos quadros acima apresentados, como por exemplo o facto de grande parte dos estudos que estão na base destes programas terem replicado os efeitos da intervenção observados. Os programas *Psicoeducational Class on Eating Disorders and Obesity*, *Dissonance-based Intervention* e *Healthy Weight Intervention* são exemplos disso. Entre os vários aspectos positivos de cada programa, o aspecto mais frequente a notar foi a acessibilidade de implementação verificada pelos programas VIK e *New Moves*. Por outro lado, a limitação mais significativa que se verificou está relacionada com a difícil implementação que se verificou nos programas *Planet Health* e *Psicoeducational Class on Eating Disorders and Obesity*.

8. ANÁLISE DE CONTEÚDO ÀS ENTREVISTAS APLICADAS AOS TÉCNICOS DE SAÚDE

Quadro 7 – Categoria: *Contexto de aplicação*

Verbalizações	
Dietista	“Eu penso que deve ser um ambiente que diga mais às pessoas. Como estamos a falar de crianças e jovens, deve ser um ambiente que tenha mais a ver com eles. Neste sentido, o hospital é o meio que tem menos a ver com eles.”
Médica Pediatra	“Sim, o contexto clínico é o que faz mais sentido, na minha maneira de ver (...) Eu acho que é necessária esta fase de amadurecimento e de

avaliação, para depois preparar a pessoa para outro tipo de intervenção. (...) Não defendo exclusivamente o ambiente hospitalar. Eu acho que o hospital é um bom ambiente para a intervenção em termos de investigação porque tem os laboratórios, tem os consultórios, etc. Mas não nos podemos esquecer que tem de haver ligação entre os profissionais na equipa e entre níveis de cuidados para se poder executar fora do hospital, que é uma forma de se transportar depois o doente novamente para o seu local de origem. Portanto, eu até penso que executar planos terapêuticos no campo dos cuidados de saúde primários era capaz de ser o modelo ideal”.

Enfermeira “Em termos de contexto, eu penso que deveria ser na escola. A intervenção tem de ser mesmo na escola, porque nós somos a última linha. O hospital é a última linha (...) A sociedade tem de estar envolvida e por isso é que eu digo que este programa devia ser implementado na escola. (...) Seria importante definir-se que tipo de alimentos é que as crianças não podem trazer para o lanche (...) Depois verificava-se quais são as crianças que comem alimentos saudáveis, as que comem alimentos pouco saudáveis e as que não comem o lanche. (...) Tendo em conta esses diferentes grupos, haveria diferentes linhas de intervenção a seguir”.

Quadro 8 – Subcategoria: *Tipo de população e faixa etária*

Verbalizações

Dietista “Como prevenção, acho que se tem de começar mais cedo, porque nessa altura (adolescência) já têm muitos hábitos e já é mais difícil. Portanto, eu acho que a prevenção tem de começar o mais cedo possível (...) Ao nível da intervenção talvez o ideal seja, mais ou menos, a partir dos 11 anos”.

**Médica
Pediatria** “Normalmente, nós constatamos que são os jovens que têm factores sociais e factores de risco em maior número. (...) Eu penso que os rapazes são menos valorizados. (...) As raparigas, e as próprias mães, costumam mostrar uma maior insatisfação e estão mais alertadas. (...) Mas eu acho que nunca devemos aceitar isso. (...) Eu acho que no caso dos rapazes, só quando eles estão vulneráveis com outro tipo de aspectos e quando mostram sofrimento, é que chegam lá. (...) De qualquer forma, a rapariga acaba sempre por estar mais exposta aos ideais de beleza transmitidos pelos *media* e pela sociedade, no geral. (...) Nesse aspecto, elas acabam por ser mais vulneráveis e por sofrer mais do que os rapazes”.

Enfermeira “Penso até que a intervenção deveria começar antes da criança nascer. Tem de começar durante a gravidez (...) nomeadamente em relação aos cuidados alimentares a ter, à promoção do aleitamento materno e na introdução dos novos alimentos. (...) Também penso que penso que

seria importante começar a intervir partir da idade pré-escolar, uma vez que é por volta dessa fase que as crianças diminuem o seu nível de actividade e passam a estar mais tempo sentadas, sendo a altura em que se regista um maior aumento de peso. (...) Em relação às crianças que trazem alimentos pouco saudáveis para o lanche, seria também importante haver uma intervenção junto da família”.

Quadro 9 – Subcategoria: *Número médio de participantes*

Verbalizações	
Dietista	“Nunca pode ser um número grande, porque o programa também deve tentar dar resposta às necessidades de cada um. Portanto, eu penso que um número superior a 10 não deve nunca ser. (...) Mais vale ter um grupo mais reduzido em que seja mais fácil chegar até eles do que ter um grupo maior em que eles comecem a achar que são apenas mais um”.
Médica Pediatra	“A experiência que eu tive foi que o ideal seria começar com cerca de 12, e depois haver uma certa maleabilidade para se chegar até no máximo 18 participantes. Eu acho que era imprescindível não passar de 20. Menos de 12 dá a sensação de desmotivação, são poucos (...) enquanto que em excesso começa a haver dispersão da nossa parte e eles próprios começam a fazer mini agrupamentos dentro do grupo. (...) Portanto, acho que 12 é um bom número, é equilibrado e dá para dar atenção a todos. Depois, dependendo do tipo de grupo, se não houver situações muito complicadas e se o grupo for relativamente estável, poder-se-ia chegar até 18”.
Enfermeira	“Bem, eu penso que isso dependerá de vários factores como, por exemplo, os objectivos que pretendem atingir. Primeiro, o que eu penso relativamente a implementarem um programa destes é que teria de ser uma coisa controlada para perceberem quais seriam os resultados. Tinham de ter indicadores e depois tomavam medidas correctivas no sentido de garantir que o programa tivesse eficiência”.

Quadro 10 – Subcategoria: *Seleccção dos participantes*

Verbalizações	
Dietista	“Eu penso que tem de ser pela patologia. Se calhar, juntar obesos com bulímicos ou anorécticos não dava muito resultado. Acho que deve haver um grupo para a obesidade, outro para a anorexia, outro para a

	bulimia, e também para outro tipo de distúrbios relacionados com a alimentação que possam existir. (...) Contudo, poderiam haver algumas sessões conjuntas que fossem de encontro a aspectos que são comuns, mas teriam de haver sempre sessões específicas para cada problemática”.
Médica Pediatra	“Teria de haver uma fase inicial de avaliação, que eu penso que não deveria demorar muito. Eu acho que se o clínico fizer uma avaliação inicial e passar depois para os outros elementos que compõem a equipa, é mais fácil. Ou seja, depois dessa primeira avaliação, há casos que poderão não passar por determinados profissionais. Contudo (...) Há certas situações que estão, mais ou menos, camufladas na avaliação inicial”.
Enfermeira	“Eu acho que, como o risco de se desenvolver obesidade ou distúrbios alimentares existe em todas as crianças, todas elas devem ser englobadas no programa (...) e depois haveriam vários tipos de reencaminhamentos a serem feitos. (...) Os vários elementos da sociedade, nomeadamente os profissionais de saúde, quer os do centro de saúde, em primeira linha, quer os do hospital receberiam depois aqueles adolescentes e crianças vindos da escola quando esta não consegue dar uma resposta suficiente”.

Quadro 11 – Subcategoria: *Adesão dos participantes*

Verbalizações	
Dietista	“Primeiro tem de haver um espaço em que, se calhar, temos de ser nós a irmos a eles em vez de serem eles a virem a nós. Temos de ser nós a procurá-los. (...) Depois, a aproximação, o contacto, a persistência, o estar sempre disponível, acho que são pontos essenciais. E também conseguir que o meio onde eles estão inseridos os possa ajudar, assim como a família”.
Médica Pediatra	“A melhor forma de os motivar é não obrigá-los. (...) Tentamos mostrar (...) as vantagens do programa, nomeadamente a utilidade de ter um espaço em que o podem ajudar a ser mais saudável e a reduzir o excesso de peso, que é do interesse deles (...) Também damos o <i>feedback</i> de que outros adolescentes conseguiram alcançar alguns objectivos e que seria interessante eles partilharem ideias para se poderem ajudar mutuamente. (...) Outra forma (...) era por um jovem a falar com outro na sala de espera. (...) Os jovens têm uma linguagem semelhante e isso pode facilitar a identificação entre eles. (...) Outra forma também bastante útil poderia ser através de um site. (...) A via e-mail funciona muito bem entre os adolescentes. (...) Existe também a possibilidade em suporte de papel, ou seja, através de folhetos desdobráveis. (...) Perguntar a alguns adolescentes o que é que lhes faz mais sentido”.
Enfermeira	“Seria interessante promover visitas regulares dos jovens aos pomares

no sentido de apanharem fruta para fazerem exercício físico e de, em seguida, comerem alguma fruta (...) e a sua participação em acções cívicas. (...) Relativamente a crianças pequenas, por exemplo de 5 anos, ela acaba por estar muito dirigida à família. (...) Por exemplo, uma vez por mês podia-se convidar os pais a virem a escola de forma a realizar-se um piquenique (...) com o objectivo de ensinar o que é uma alimentação saudável, (...) como se confeccionam os alimentos de forma a serem mais saudáveis (...) e de dar algumas dicas e estratégias para as pessoas terem sempre refeições saudáveis mesmo quando chegam tarde a casa e têm pouco tempo para cozinhar. (...) No final, podem-se fazer alguns jogos ou dar um passeio pelo campo ou pela praia. (...) É importante ter sempre actividades que sejam do interesse deles e associá-las com outras actividades que sejam mais saudáveis de forma a reduzir os riscos”.

Quadro 12 – Subcategoria: *Resultados e eficácia*

Verbalizações

Dietista	“Diminuição da obesidade infantil que já está instalada, e (...) que a prevenção abrangesse cerca de 80% das escolas. Em relação aos outros distúrbios, não sei se não será ainda mais difícil do que na obesidade (...) porque dentro dos distúrbios alimentares temos vários tipos. (...) Teriam de ser definidos objectivos para cada tipo de distúrbio, uma vez que cada distúrbio tem as suas especificidades. (...) Mas em relação à obesidade, se nós conseguíssemos abranger, por exemplo a nível de escolas, cerca de 80% dos alunos, já era fantástico”.
Médica Pediatra	“A monitorização dos resultados é fundamental. A comparação entre os parâmetros estipulados pelas diferentes áreas de intervenção é a essência do sucesso na equipa. (...) Cada profissional deve ter a sua metodologia de avaliação, tanto interna como externa. (...) Externa na medida em que também é necessário avaliar o adolescente lá fora, no seu contexto natural, através de determinadas medidas. Não nos podemos limitar à avaliação interna que é feita nas consultas individuais e nas reuniões de adolescentes”.
Enfermeira	“ Nem sempre se consegue estipular resultados como meta a atingir. (...) Como não sabemos qual vai ser a resposta da população, corremos riscos de não conseguirmos ter a eficiência que pensamos, porque se existissem programas deste tipo que tivessem resultados, era mais fácil. Mas, sendo este programa experimental, pode-se tentar fazer uma pesquisa (...) e tentar chegar a possíveis resultados a partir da extrapolação de estudos de referência. Se não tivermos estudos de referência, vamos tentar aferir o próprio programa que é experimental e a partir daqui é que podemos então estabelecer os objectivos. (...) Teríamos de nos centrar numa população de uma localidade e a partir de um estudo experimental tentar obter resultados que nos orientem

para a definição de objectivos mais específicos a ter em conta na aplicação do programa. (...) Queremos obter ganhos em termos de saúde relativamente à mudança de hábitos alimentares e à sua manutenção”.

Quadro 13 – Subcategoria: *Tipo de conteúdos*

Verbalizações	
Dietista	“É importante falar sobre o desenvolvimento do corpo deles, como é que se desenvolve, o que é que é necessário para se desenvolver e esclarecer mitos que possam existir. (...) Dar informação sobre os alimentos, a sua função no nosso organismo, ensiná-los a fazer as escolhas adequadas dos alimentos de uma forma agradável, ensiná-los a ver rótulos, ensiná-los a saber escolher, a conjugar. (...) O exercício físico, a importância que tem, a importância de se movimentarem em vez de estarem o dia todo sentados a ver televisão, no computador ou a jogarem”.
Médica Pediatra	“Aspectos ligados directamente à componente física, aspectos ligados à componente psíquica e à componente social. Cada uma delas tem dimensões diferentes, mas estão todos interrelacionados”.
Enfermeira	“Alimentação e saúde. Partindo da afirmação popular “somos o que comemos”, penso que podemos definir e estipular diversas actividades que sensibilizem as pessoas nesse sentido. O “somos” tem a ver com a saúde, doença e bem-estar”.

Quadro 14 – Subcategoria: *Apresentação dos conteúdos*

Verbalizações	
Dietista	“Nunca pode ser de forma expositiva com os jovens. Nós temos noção disso a partir do próprio ensino. (...) Tem de ser de uma forma muito interactiva, e se calhar ir aos meios em que eles gostam de estar, como por exemplo os jogos e a Internet, para que eles vejam que essa informação vai até eles e que tem em conta os seus interesses”.
Médica Pediatra	“No início pode ser escolhido um formato expositivo porque é necessário dar algumas informações úteis e até para servir de base e dar estrutura ao próprio programa, mas depois penso que se deve optar por um formato interactivo ao longo do programa, nomeadamente para eles sentirem que são elementos activos neste processo de mudança”.

Enfermeira “Dependerá dos conteúdos que se vão apresentar e dos objectivos. (...) De acordo com o conteúdo que vai apresentar e com a população que vai ter, assim será o formato de apresentação. Temos de pensar é que para a mudança de comportamentos têm de haver várias fases em termos da metodologia. Poderá haver uma metodologia que é muito expositiva em que depois haja abertura à discussão e também tem de haver envolvimento a partir de metodologias de carácter interactivo e dinâmico”.

Quadro 15 – Subcategorias: *Duração e frequência das sessões e duração do programa*

Verbalizações

Dietista “Deve ser 20 a 30 minutos no máximo. Se for mais do que isso, penso que começa a desinteressar-lhes”.

“A frequência deve ser bastante assídua, mas o tempo não devia ser muito. Eu acho que mais vale pouco tempo e com bastante assiduidade, do que muito tempo e as sessões serem muito espaçadas. Mas acho que devia ser de forma a que eles saibam que têm aquele compromisso para não se tornar uma coisa que eles fazem hoje e que daqui a algum tempo já não se lembram”.

“Deve ser um programa longo com várias etapas, em que quando se acaba uma etapa eles ficam com aquela informação e ficam com uma parte resolvida mesmo que não continuem no programa. (...) O ideal é que eles consigam obter o máximo do programa naquilo que eles fizeram”.

**Médica
Pediatra** “Se nós estipularmos sessões com uma grande frequência para não se perder o contacto, eu penso que eles depois não conseguem. Eles têm de cumprir a sua vida de adolescente normal. (...) As sessões propriamente ditas com um carácter de intervenção devem ser, no mínimo, mensais. (...) E depois interligando essas intervenções mensais, devem haver intervenções intercalares que não são consideradas como intervenções pelos adolescentes (...) por exemplo, sessões em que eles tivessem actividades desportivas. (...) Essas actividades desportivas poderiam ocorrer uma ou duas vezes por semana (...) No mínimo, uma vez por semana”.

“Considerava, à partida, uma hora de duração para a intervenção, sendo depois flexível. Se for necessário interrompe-se e fica mais curtinha, e se estiver a correr muito bem, continua-se mais um bocadinho. (...) Talvez fosse importante estabelecer uma tolerância de 30 minutos (...) com uma pequena pausa ou intervalo”.

	“Como neste tipo de problemática não existem grandes conquistas a curto-prazo, o programa nunca pode ser curto. (...) Queremos que eles percam peso gradualmente, pouco de cada vez, com ritmo e substituindo massa gorda por massa muscular, de forma a que o jovem se sinta confortável e descontraído com o seu peso. (...) Um projecto deste género deveria ter a duração média de dois ou três anos”.
Enfermeira	“Isso dependerá do próprio contexto. (...) O ideal seria ver que programas é que já existem e obter uma orientação relativamente ao tipo de sessões que fazem, nomeadamente em termos de duração, frequência e número, e assim depois pode-se justificar as escolhas feitas em termos dos resultados positivos apresentados por esses programas com características semelhantes ao vosso (...) e a partir disso tentar chegar a um consenso de acordo com os objectivos que foram estipulados para o programa inicialmente”.

Quadro 16 – Categoria: *Profissionais que devem aplicar o programa*

Verbalizações	
Dietista	“Tem de ser sempre alguém ligado às crianças e aos adolescentes, porque tem uma perspectiva diferente. Eu acho que, por exemplo, um médico pediatra, que pode descobrir que por detrás disto há outras coisas; o psicólogo, sem dúvida; o dietista; um assistente social ou um sociólogo porque neste tipo de problemáticas é preciso ter também em conta o sistema social do jovem e podem haver pessoas que querem mas não podem economicamente. (...) Talvez fosse importante haver algum profissional ligado ao desporto. (...) Também poderiam ser convidados alguns especialistas em determinados temas”.
Médica Pediatra	“Tem de haver o médico, a enfermeira, a psicóloga, a dietista, e a assistente social. (...) Contudo, depois dessa primeira avaliação, há casos que poderão não passar por determinados profissionais”.
Enfermeira	“Profissionais do contexto escolar, nomeadamente professores, auxiliares de acção educativa, educadores de infância e auxiliares que distribuem os alimentos às crianças se houver refeitório e/ou bar (...) director da escola. (...) Ao nível do centro de saúde deveria haver uma equipa de saúde escolar composta pela enfermeira e pelo médico. (...) A presença do nutricionista justifica-se, sobretudo, no acompanhamento de casos de obesidade propriamente dita. (...) A participação do psicólogo é fundamental nalguns casos. (...) Se houver a colaboração de uma universidade na implementação de um programa deste tipo, o seu papel é fundamental ao nível da investigação. (...) Um representante da autarquia que pudesse colaborar na aplicação do programa relativamente a questões e problemas da saúde. (...) Colaboração de pessoas nos centros comunitários para o desenvolvimento de actividades de tempos livres”.

Quadro 17 – Categoria: *Importância do psicólogo*

Verbalizações	
Dietista	“A participação do psicólogo é fundamental. (...) Precisávamos que o psicólogo nos ajudasse a (...) dar algumas pistas sobre o que é podemos fazer para os motivar mais para um plano alimentar saudável. (...) Um auxílio no sentido de promover a mudança comportamental. (...) Para se aceitarem a eles próprios, porque isto não é uma questão que fique resolvida de um dia para o outro”.
Médica Pediatria	“O facto de conseguir compreender melhor a problemática do jovem e fazer com que o jovem comece a conhecer-se melhor a ele próprio (...) tentando prepará-lo para se tornar disponível e motivado para os outros profissionais poderem trabalhar com ele. (...) É importante que a intervenção não fique confinada ao jovem e que chegue até à família. Para além disto, também é importante intervir ao nível das relações com o grupo de pares, uma vez que essa área também costuma estar afectada devido ao isolamento social e ao <i>bullying</i> (...) O psicólogo tem essas três grandes áreas de intervenção”.
Enfermeira	“Quanto mais nova é a criança maior é a importância de se intervir também com os pais. (...) As crianças que comem compulsivamente precisam, obviamente, do acompanhamento por parte do psicólogo porque são situações que ultrapassam as capacidades dos outros profissionais. (...) O psicólogo existe para aquelas situações em que não existe um desenvolvimento normal dentro dos diversos contextos da criança, ou seja, para quando existe uma ruptura e não existem estratégias de adaptação para lidar com isso. (...) Nas dificuldades da mãe em estabelecer uma relação de vinculação funcional com o filho”.

A partir desta análise de conteúdo às entrevistas realizadas aos técnicos de saúde, surgem alguns aspectos importantes que devem ser alvo de atenção. Ao analisarmos os quadros anteriores, constatamos que as três entrevistas se distinguem bastante umas das outras, havendo, contudo, alguns aspectos em comum. De certa forma, apesar de termos realizado apenas três entrevistas, conseguimos obter perspectivas bastante diferentes acerca do mesmo tema, o que leva a um enriquecimento do estudo. Este aspecto pode ser devido, em parte, ao facto das três profissionais

apresentarem formações académicas e papéis profissionais bastante distintos, conduzindo, assim, a visões bastante diferentes sobre o mesmo tema, apesar de todas intervirem com este tipo de problemáticas.

Existe um certo consenso relativamente à informação de algumas das categorias e subcategorias de análise entre as entrevistadas, nomeadamente na subcategoria *tipo de população e faixa etária*. Nesta subcategoria, de um modo geral, as entrevistadas consideram que a intervenção nessas problemáticas deve começar nas faixas etárias mais jovens ou o mais cedo possível, no sentido de haver uma maior probabilidade de mudança dos comportamentos tendo em conta que ainda não estão muito enraizados.

Relativamente à subcategoria *número médio de participantes*, também houve um certo consenso, uma vez que se considerou que seria preferível um programa de intervenção de abordagem combinada ter um número reduzido de participantes no sentido de poder ser utilizada uma abordagem um pouco individualizada.

Na subcategoria *adesão dos participantes*, de um modo geral, as entrevistadas consideraram que para motivar os participantes é preciso ter em conta as suas características desenvolvimentistas, nomeadamente os seus gostos, escolhas e valores.

No *tipo de conteúdos*, também se chegou a um certo consenso, tendo se referido que seria importante abordar temas relacionados com o corpo, alimentação, exercício físico e saúde, integrando as dimensões física, psicológica e social.

Na *apresentação dos conteúdos*, também houve algum consenso, tendo-se referido, de um modo geral, que deve haver uma integração de diversas metodologias e utilização de diferentes formatos, consoante os objectivos estipulados.

Em relação aos *profissionais que devem aplicar o programa*, considerou-se, de um modo geral, que deveria haver a presença de um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um dietista/nutricionista.

Por fim, sobre a *importância do psicólogo*, todas as entrevistadas consideraram que o psicólogo apresenta um papel fundamental na intervenção ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares, principalmente na abordagem às variáveis de carácter emocional que possam estar a dificultar a mudança comportamental.

Na tentativa de tentar classificar cada uma das entrevistas, de uma forma geral, podemos considerar que a entrevista realizada à dietista foi a mais objectiva. No geral, foi a entrevistada que deu respostas mais objectivas que foram de encontro à questão colocada, mas, por outro lado, também foi a que desenvolveu menos os temas abordados. Relativamente às entrevistas da médica pediatra e da enfermeira, estas não foram tão objectivas, tendo havido alguns momentos em que o fio condutor desviou-se para outros temas. Por este motivo, a identificação das verbalizações tornou-se mais difícil.

CONCLUSÃO

Ao analisar-se os vários modelos de auto-regulação que foram apresentados anteriormente, apercebemo-nos que existem modelos mais completos e integrativos do que outros, assim como existem determinadas variáveis com um papel mais determinante ao nível do comportamento humano e que podem apresentar mais interesse para o presente estudo. Para além disso, também é importante notar as semelhanças e diferenças existentes entre esses modelos. A descrição desses modelos servirá para realçar os conceitos teóricos e as técnicas de intervenção mais adoptadas nos programas de intervenção na área da saúde, e que têm sido alvo de estudos de investigação.

O papel das características pessoais, tais como idade e género, no processo de tomada de decisão é mencionado explicitamente no modelo de crenças em saúde, mas não nas outras teorias. As características ambientais são tomadas em consideração tanto pelo modelo de crenças em saúde, como pela teoria da aprendizagem social de Bandura e Rotter. Todas as teorias incluem os benefícios percebidos relativamente ao novo comportamento como importantes factores que influenciam a mudança comportamental, embora o termo utilizado para o conceito varie entre as teorias. Os factores opostos (i.e., custos de mudança) são explicitamente incorporados no modelo de crenças em saúde, na teoria da acção ponderada, na teoria do comportamento planeado e na teoria da motivação para a protecção. Para além disso, a teoria da acção ponderada e a teoria do comportamento planeado enfatizam a influência do ambiente social sobre o comportamento do indivíduo pela incorporação de normas subjectivas. As normas subjectivas envolvem crenças sobre o que de significativo os outros pensam que o

indivíduo deveria fazer (ex: a crença de que os meus pais quereriam que eu deixasse de fumar; uma crença normativa), assim como a inclinação para se conformar com o desejo percebido (i.e., a motivação para concordar). Outras teorias comportamentais aplicadas em contexto de saúde não utilizam tal conceito. As expectativas relativamente às capacidades de desempenho do comportamento por parte do indivíduo (ex: auto-eficácia ou controlo comportamental percebido) são consideradas um grande determinante da mudança comportamental, particularmente na teoria do comportamento planeado e na teoria da motivação para a protecção. Estas expectativas referem-se à probabilidade esperada de que um certo tipo de comportamento seja fácil ou difícil de executar (ex: a crença de que se eu quiser, posso facilmente deixar de fumar) (Maes & Gebhardt, 2000).

Finalmente, assume-se que o indivíduo pesa todos os vários factores descritos teoricamente para permitir que ele próprio chegue a uma conclusão relativamente à mudança de comportamento. Assim, a pessoa examina todas vantagens e desvantagens esperadas com a mudança do comportamento, e o fim deste processo é caracterizado pela formação de uma intenção ou pela decisão de adoptar o novo comportamento ou de continuar com o comportamento existente (Maes & Gebhardt, 2000).

Concluindo, em todas estas teorias que foram apresentadas, o indivíduo é visto como tomando decisões numa base racional, e as cognições na forma de expectativas são assumidas como sendo os determinantes mais importantes da decisão (ou intenção) de mudar o comportamento.

De uma forma geral, a partir da análise que foi feita aos modelos de auto-regulação podemos considerar que a teoria do comportamento planeado, que foi desenvolvida a partir da perspectiva da teoria da cognição social de Bandura, parece apresentar um quadro teórico mais consistente e desenvolvido. Esta teoria, para além de

ter sofrido evolução a partir da teoria da acção ponderada, incorpora duas variáveis que são fundamentais na compreensão do comportamento humano: o conceito de norma subjectiva e o conceito de controlo comportamental percebido, que apresenta o mesmo significado do conceito de auto-eficácia de Bandura.

Existe um outro aspecto que merece especial atenção e que até certo ponto pode constituir uma limitação deste estudo. É preciso ter em atenção que a maioria das teorias sobre o comportamento no contexto da saúde e sobre a auto-regulação foram desenvolvidas para descrever e explicar os comportamentos e os processos regulatórios nos adultos. Apenas um número reduzido dessas teorias inclui discussões acerca de como estes processos funcionam entre os adolescentes. Desta forma, a maioria dessas teorias explica o comportamento racional e intencional, normalmente envolvido no processo de auto-regulação. Esta questão remete para aspectos desenvolvimentistas, na medida em que o comportamento dos jovens se caracteriza pela dificuldade em ser racional e fundamentado (Gibbons, Gerrard, Reimer & Pomery, 2006). Neste sentido, podemos pensar que existe uma lacuna ao nível dos modelos de auto-regulação, uma vez que não estão adaptados para as crianças e adolescentes, podendo esses não possuírem as competências necessárias para se envolverem no processo de auto-regulação.

Relativamente aos programas de intervenção avaliados no nosso estudo, apesar de apenas nos termos debruçado sobre cinco programas, de uma forma geral, é possível tentarmos chegar a um consenso relativamente às características mais frequentes e que possam conduzir a uma eficácia ao nível dos resultados.

Tento em conta a análise que foi feita no ponto 7 (Análise dos programas de intervenção de abordagem combinada), é possível concluir que a maioria dos programas de intervenção é aplicado num contexto educacional. Talvez isso possa ser devido ao

facto do meio educacional ser o local onde é possível ter mais acesso à população de crianças e adolescentes. Para além disso, tendo em conta que as crianças e adolescentes de hoje em dia passam grande parte do seu dia-a-dia na escola, torna-se proveitoso ir ao encontro delas e associar a aplicação destes programas com todo o meio escolar envolvente. Também se torna vantajosa essa associação na medida em que é importante promover a educação para a saúde, nomeadamente a aquisição de estilos de vida mais saudáveis junto das populações mais jovens. Desta forma, a escola parece ser um contexto ideal para essa promoção.

Em relação às características da população, de uma forma geral, considera-se que a maioria dos programas de intervenção apresentados anteriormente tem como população-alvo os adolescentes. Este aspecto pode ser devido ao facto deste tipo de problemáticas apresentar uma grande prevalência na adolescência, especialmente quando nos referimos aos distúrbios alimentares. Por outro lado, esse aspecto também pode ser explicado pela importância e urgência de se intervir junto das populações mais jovens, existindo uma maior possibilidade de criação de estilos de vida saudáveis. Também é importante referir que grande parte dos programas se dirige exclusivamente ao sexo feminino. Talvez isto também aconteça devido ao facto do sexo feminino ser bastante afectado por essas problemáticas, especialmente no caso dos distúrbios alimentares.

Relativamente aos conteúdos, a maioria dos programas optou por abordar mais do que um nível de intervenção (individual e ambiental: escola e família), no sentido de obter um efeito da intervenção mais alargado. Também se verificou que alguns dos programas basearam as suas técnicas em construtos teóricos da teoria da cognição social de Bandura, tendo utilizado o conceito de auto-eficácia. Também os factores

ambientais, nomeadamente a influência do meio, foram abordados, tendo em conta a sua importância ao nível do contexto social do indivíduo.

A partir do que foi dito anteriormente, é possível notar alguns pontos de convergência entre os modelos de auto-regulação e os programas de intervenção. Tal como nos modelos de auto-regulação, também ao nível dos programas de intervenção, a teoria da cognição social de Bandura parece apresentar especial relevância, nomeadamente a utilização do conceito de auto-eficácia e a abordagem aos factores ambientais ao nível das técnicas de intervenção. Neste sentido, podemos concluir que a teoria da cognição social apresenta uma grande aplicabilidade no contexto da saúde, podendo constituir-se como o modelo teórico de um programa de intervenção ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares que venha a ser desenvolvido. Por outras palavras, podemos atrever-nos a concluir que a teoria da cognição social de Bandura é o modelo de auto-regulação eleito como preferido para servir de base ao desenvolvimento de um programa de intervenção de abordagem combinada.

Relativamente às entrevistas realizadas aos técnicos de saúde, também se verificaram alguns pontos em comum relativamente à informação recolhida, tal como foi visto anteriormente no ponto 8 (Análise de Conteúdo às Entrevistas Aplicadas aos Técnicos de Saúde). Esse consenso entre os técnicos verificou-se essencialmente nas seguintes categorias e subcategorias: *tipo de população e faixa etária, número médio de participantes, adesão dos participantes, tipo de conteúdos, apresentação dos conteúdos, profissionais que devem aplicar o programa e importância do psicólogo*. Contudo, agora importa confrontar os dados obtidos da análise dos programas de intervenção com os dados da análise das entrevistas.

De uma maneira geral, parecem existir algumas diferenças entre estes dois componentes do nosso estudo. Relativamente à categoria *contexto de aplicação*, não foi

possível chegar a uma maioria de resposta, contudo, considera-se que o testemunho da dietista talvez tenha sido o mais adaptado às características dos adolescentes, na medida em que considera que o local de eleição deve ser aquele que seja escolhido por eles. Tendo em conta algumas das afirmações referidas durante as entrevistas, nomeadamente em relação a estratégias para motivar os adolescentes, faz todo o sentido que o contexto a escolher possa também ter em conta os seus gostos e valores.

Relativamente à *idade e população-alvo*, é de comum acordo, entre os programas e os técnicos, que a intervenção ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares se inicie nos níveis etários mais jovens, contudo nenhum profissional assumiu que a intervenção apenas abrangesse o sexo feminino, tal como foi verificado relativamente aos programas de intervenção.

Relativamente à subcategoria *apresentação dos conteúdos*, que se encontra dentro da categoria *conteúdos* para os programas de intervenção, é importante referir que se verificou algum consenso ao nível desta análise horizontal, na medida em que tanto os programas como alguns técnicos referem com alguma frequência a importância de se utilizar um formato interactivo para a apresentação dos conteúdos, apesar desse aspecto variar, obviamente, consoante os objectivos em questão.

Nas restantes categorias ou subcategorias, as respostas forma bastante divergentes entre esses dois componentes do nosso estudo.

De uma forma implícita, parece poder concluir-se que os programas adoptam intervenções mais estruturadas do que as que existem na prática do dia-a-dia, segundo os técnicos de saúde. Embora isso não se possa ver de forma directa nos discursos dos entrevistados, percebe-se através das suas perspectivas que a intervenção ao nível dessas problemáticas, e especialmente por ser com adolescentes, deve ser um pouco flexível de

modo a respeitar as necessidades de cada participante, que vão surgindo sessão após sessão.

Ao longo deste estudo, já obtivemos alguns indicadores que nos levam a concordar com a ideia de que poderá ser vantajoso intervir simultaneamente ao nível da obesidade e dos distúrbios alimentares. Contudo, ainda não possuímos argumentos objectivos que nos possam levar a concordar com essa ideia. Tentaremos de seguir tentar dar resposta a essa questão, recorrendo a algumas ideias mencionadas ao nível da literatura.

Embora os distúrbios alimentares e a obesidade sejam frequentemente classificados como condições distintas, existem vários factores comuns (Shaw & Stice, 2007). Essa conceptualização enquanto condições distintas estava essencialmente relacionada com diferenças históricas nos pressupostos e objectivos filosóficos subjacentes, populações-alvo diferentes, e uma escassez de investigação ao nível da identificação de factores de risco em comum.

Por exemplo, as taxas elevadas de ocorrência durante a adolescência, aspectos relacionados com a fome e a saciedade, a internalização do ideal de magreza, a insatisfação corporal, o uso de métodos não saudáveis de perda de peso, a ingestão compulsiva, e a dieta são alguns dos aspectos comuns (Fairburn & Brownell citado por Wilfley et al., 2006). Para além disso, parece haver uma forte associação entre a psicopatologia dos distúrbios alimentares e da obesidade, em que o desenvolvimento de qualquer uma das duas condições torna a outra mais provável (Wilfley et al., 2006). A obesidade na infância é um factor de risco para o desenvolvimento de um distúrbio alimentar (Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor citado por Wilfley et al., 2006), e a ingestão compulsiva na adolescência é um factor de risco para desenvolver obesidade (Stice, Presnell, & Sprangler citado por Wilfley et al., 2006).

Assim, a intervenção ao nível da obesidade na infância pode ser um dos mais importantes instrumentos de prevenção para os distúrbios alimentares, assim como a obesidade na vida adulta e todas as sequelas negativas associadas (Wilfley et al., 2006).

No projecto EAT (*Eating Among Teens*), verificou-se que grande percentagem de jovens com excesso de peso envolviam-se mais na ingestão compulsiva e em comportamentos de controlo do peso não saudáveis do que os jovens sem excesso de peso. Aproximadamente 18% das raparigas com excesso de peso e 6% dos rapazes com excesso de peso referiram que com o objectivo de reduzirem o peso, provocaram o vómito, ou tomaram laxantes e comprimidos para emagrecer no último ano. Para além disso, 76% das raparigas com excesso de peso e 55% dos rapazes com excesso de peso adoptaram comportamentos de controlo do peso não saudáveis e extremos, tais como saltar refeições, fazer jejum, fumar e ingerir poucas quantidades de comida (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry, & Irving citado por Neumark-Sztainer, 2005). Este tipo de comportamentos de controlo do peso pode levar a consequências bastante negativas tanto para o bem-estar físico como psicológico (Neumark-Sztainer, 2005).

Os investigadores que trabalham ao nível da intervenção nos distúrbios alimentares e na obesidade estão a reconhecer cada vez mais os benefícios de uma intervenção combinada ao nível dos distúrbios relacionados com a alimentação (Shaw & Stice, 2007). Para apoiar uma abordagem integrativa, é necessário estabelecer que os distúrbios ao nível da alimentação têm trajectórias etiológicas semelhantes para que a intervenção possa alcançar os factores de risco.

Adoptar uma abordagem integrativa para prevenir os distúrbios ao nível da alimentação é vantajoso por várias razões. Primeiro, de um ponto de vista prático, pode ser mais fácil convencer os directores e docentes das escolas a implementarem um programa de intervenção que pode ajudar uma grande percentagem da sua população a

alcançar e manter um peso saudável. Além disso, um programa de intervenção combinado pode ajudar mais indivíduos, aliviar o estigma experimentado por alguns indivíduos em programas de intervenção ao nível do excesso de peso e da obesidade, e aumentar a rentabilidade do programa (Shaw & Stice, 2007). Desta forma, é importante referir que os aspectos comuns entre a obesidade e os distúrbios alimentares devem de ser contemplados neste tipo de intervenção combinada.

Alguns autores têm demonstrado as limitações existentes nas intervenções dirigidas a cada uma das problemáticas separadamente (Russell-Mayhew, 2006). Essas intervenções parecem apresentar algumas limitações, na medida em que se pode correr o risco do indivíduo aproximar-se do pólo oposto (Neumark-Sztainer, 2005).

Tendo em conta esta revisão da literatura, parece importante e pertinente desenvolverem-se estratégias de intervenção ao nível destas problemáticas relacionadas com os comportamentos alimentares, em vez de se intervir separadamente na obesidade e nos distúrbios alimentares.

Relativamente a possíveis limitações deste estudo, é importante referir que o número reduzido de entrevistas realizadas pode ter contribuído para a dificuldade de comparação entre o conteúdo das entrevistas e dos programas de intervenção. Contudo, consideramos que não é objectivo deste estudo tentar chegar a conclusões que se possam generalizar para uma população. Neste sentido, podemos referir que este estudo pode consistir num pequeno, mas importante, passo para a investigação ao nível da intervenção na obesidade e nos distúrbios alimentares. Outra limitação possível tem a ver com o facto deste estudo ter apenas analisado programas de intervenção que são aplicados a nível internacional e que, por sua vez, têm em conta características diferentes da população portuguesa. Desta forma, esse aspecto pode ser limitante ao tentar fazer-se alguma extrapolação para a nossa portuguesa.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, um dos aspectos a ter em conta para investigações futuras seria a possibilidade de se desenvolver um programa de intervenção de abordagem combinada que se possa ser utilizado por diversos profissionais, possuindo, assim, um certo grau de flexibilidade. Este aspecto é fundamental na medida em que muitos dos programas de intervenção não são aplicados pelos mesmos indivíduos que os desenvolveram, o que pode levar a dificuldades de carácter prático. Outro aspecto a ter em conta para investigações futuras poderá ser a possibilidade de se utilizar o quadro de análise dos programas de intervenção. Esse quadro de análise pode constituir-se como um importante instrumento de avaliação de programas de intervenção futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 142-161.

Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de controlo na saúde: Conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2000). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.

Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189.

Azzi, R., & Polydoro, S. (2007). *Auto-eficácia em diferentes contextos*. Campinas: Alínea.

Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *International Association for Applied Psychology*, 54 (2), 245-254.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Cooke, R., & Sheeran, P. (2004). Moderation of cognition-intention and cognition-behaviour relations: A meta-analysis of properties of variables from the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 43, 159-186.

Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes: Uma estratégia de formação de professores* (4.^a ed.). Porto: Porto Editora.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito – Teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Gibbons, F. X., Gerrard, M., Reimer, R. A., & Pomery, E. A. (2006). Unintentional behaviour: A subrational approach to health risk. In D. T. Ridder & J. B. Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior* (pp. 45-70). Chichester: John Wiley & Sons.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C. L., Hannan, P. J., & Levine, M. P. (2006). V.I.K. (Very Important Kids): A school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Practice: Theory & Practice*, 21 (6), 884-895.

Kirschenbaum, D. S., Johnson, W. G., & Stalonas, P. M. (1987). Elements of success in the treatment of childhood and adolescent obesity. In D. S. Kirschenbaum, W. G. Johnson & P. M. Stalonas (Eds.), *Treating childhood and adolescent obesity* (pp. 1-12). New York: Pergamon Press.

Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College woman with eating disorders: Self-regulation, life-satisfaction, and positive-negative affect. *The Journal of Psychology*, 137 (4), 381-395.

Maes, S., & Gebhardt, W. (2000). Self-regulation and health behavior: The health behavior goal model. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 343-368). San Diego: Academic Press.

Martins, A., & Aguiar, A. H. (2005). *Emagreça! Perca gordura e ganhe saúde*. Barcarena: Editorial Presença.

Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38 (3), 220-227.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., & Rex, J. (2003). New Moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Preventive Medicine, 37*, 41-51.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original em inglês publicado em 2000)

Partington, G. (2001). Qualitative research interviews: Identifying problems in technique. *Issues in Educational Research, 11* (2), 32-44.

Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito locus de controlo. *Máthesis, 9*, 297-314.

Russell-Mayhew, S. (2006). Stop the war on weight: Obesity and eating disorder prevention working together toward health. *Eating Disorders, 14*, 253-263.

Shaw, H., & Stice, E. (2007). Integrating eating disorders and obesity prevention programs for adolescents. *The Prevention Researcher, 14* (3), 18-20.

Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence, 35* (2), 219-228.

Stice, E., & Ragan, J. (2002). A Preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 159-171.

Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Counselling and Clinical Psychology, 74* (2), 263-275.

Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 10-21.

Wiecha, J. L., Ayadi, A. M., Fuemmeler, B. F., Carter, J. E., Handler, S., Johnson, S., Strunk, N., Korzec-Ramirez, D., & Gortmaker, S. L. (2004). Diffusion of an integrated health education program in an urban school system: Planet Health. *Journal of Pediatric Psychology, 29* (6), 467-474.

Wilfley, D. E., Passi, V. A., Cooperberg, J., & Stein, R. I. (2006). Cognitive-behavioral therapy for youth with eating disorders and obesity. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3.^a ed.) (pp. 322-355). New York: The Guilford Press.